

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONOMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

A POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR A PARTIR DA EXPERIÊNCIA  
VIVÊNCIADA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS

CRISTIANE SILVA

FLORIANÓPOLIS, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA


CENTRO SÓCIO ECONOMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

A POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR A PARTIR DA EXPERIÊNCIA  
VIVENCIADA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 25/02/03

  
Prof. Krystyna Malys Costa  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/URSC

Trabalho de Conclusão de Curso, da aluna Cristiane Silva, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, par a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Professora Dra.Vera Maria Ribeiro Nogueira.

FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

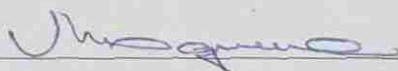
2002

CRISTIANE SILVA

A POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR A PARTIR DA VIVÊNCIA NO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS

Este trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para a obtenção do título de  
Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA



---

Professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira  
Presidente

---

Professora Ms. Clair Castilhos Coelho  
Professora do Departamento de Saúde Pública

---

Viviane Bergler Fernandes  
Assistente Social - HU

FLORIANÓPOLIS, 2002.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Antonio e Jurema, pelo amor, amizade, apoio e incentivo desde o início da minha jornada, agradeço-lhes pelo compromisso com minha formação não só acadêmica mas sobretudo pessoal. A conquista é minha, mas por merecimento dedico-a a vocês.

Aos meus irmãos, Alekxandro e Aline, pelo amor que nos une, reverencio a força motivadora que nos faz caminhar sempre juntos.

Ao meu amado Rodrigo e toda a sua família, pela compreensão e pelas palavras de incentivo nos momentos mais difíceis.

Aos meus colegas de turma e de festas Maurina, Fabiana Eli, Fabiana Wilbert, e tantos outros, mas em especial lembro agora os meus amigos queridos de todas as horas, Jean, Fabiana Fortes, Isabel, Mara e Sabrina. Muitos foram os caminhos percorridos e muitas serão as lembranças desses tempos de leituras a fazer, de falta de tempo para produzir e de muita vontade de prosseguir. Saibam que eu adoro vocês e não esquecerei os momentos passados juntos.

A todas as assistentes sociais do Hospital Universitário que me privilegiaram com seus ensinamentos e com sua amizade, em particular para assistente social Maria das Graças Garcia que me ouviu e me orientou com compromisso ético, carinho e dedicação.

A todas as professoras do Departamento que nos auxiliaram nessa jornada, mas principalmente aos professores que ao longo da minha vida influenciaram, direta ou indiretamente, nesse trabalho, Pedro e Tânia Martins, Vivian Bazzo, Nelson, Luzinete S. Minella, Ângela e Heloisa M. J. de Oliveira.

E por fim, a minha querida e tão por mim admirada professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira, pelas orientações e pela importante contribuição que me propiciou não só na construção desse estudo, mas durante todo o decorrer do curso.



## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso aborda uma das questões centrais percebidas durante as atividades realizadas no Estágio Curricular Obrigatório no setor de Serviço Social do Hospital Universitário de Florianópolis, no Programa de Planejamento Familiar. O interesse pelo tema surgiu da constatação que as pessoas que procuram o Serviço de Planejamento Familiar do HU desconhecem informações básicas sobre saúde reprodutiva, concepção e contracepção. Objetivando identificar a razão do desconhecimento da população interessada nos aspectos do planejamento familiar foram realizadas entrevistas com os Postos de Saúde, com os profissionais que recepcionam as pessoas nas unidades de saúde e também com algumas pessoas que procuraram o Serviço de Planejamento Familiar do HU. Para entender qual a realidade sócio-econômica e cultural dessa demanda, e principalmente como tem sido o seu acesso às informações a respeito de saúde reprodutiva, as entrevistas foram semi-estruturadas, partindo de certos questionamentos básicos que consideramos importante. Tínhamos como objetivo principal, entender por que a demanda que chega até o hospital não recebeu nem um tipo de informação ou orientação no Posto de Saúde sobre saúde reprodutiva e planejamento familiar. Na busca por essas informações foram averiguadas as singularidades, motivos, valores, peculiaridades dos sujeitos e dos fatores envolvidos no momento da escolha por uma esterilização, quem são os atores desse universo da sexualidade e da reprodução dentro da questão saúde. Tentamos reconstruir o caminho que vai da chegada no Posto de Saúde até o hospital para saber como vem acontecendo o atendimento e como está sendo operacionalizada a Política de Planejamento Familiar no Município de Florianópolis. Consideramos isso muito importante para demonstrar os equívocos que vem ocorrendo nas políticas de saúde, uma vez, que a Política de Planejamento Familiar preconiza promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos, e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar e da "paternidade responsável". Concluimos então que somente o enfrentamento da construção de uma política de saúde de referência local pautada na descentralização e regionalização, tende a garantir ao cidadão a participação mais ativa nos processos decisórios dentro do sistema, possibilitando ações programáticas que visem priorizar a realidade local. O direito de conhecer a saúde reprodutiva, controlar ou promover a fecundidade não deve estar limitado aos casais que tem o privilégio da assistência médica privada ou a alguns poucos usuários atendidos pela rede pública. Para o direito ser de todos é preciso que o Estado promova ações de forma democrática e articulada com outras questões de saúde como o aborto, a gravidez na adolescência, a mortalidade materna, entre outras. O direito a planejar a família precisa estar articulado essencialmente com a educação, a saúde e a consciência política.

Palavras-chave: Política de Saúde, Planejamento Familiar, direito, informação, saúde.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Taxa de fecundidade total no Brasil de 1940 a 2000.....	36
<b>Tabela 2:</b> Taxa de fecundidade total por Regiões, Santa Catarina e Brasil.....	36
<b>Tabela 3:</b> Proporção de nascidos vivos por idade da mãe.....	38
<b>Tabela 4:</b> Mulheres esterilizadas, segundo faixas etárias, no Brasil, em 1996.....	39
<b>Tabela 5:</b> Mulheres usando algum método anticoncepcional, segundo faixas etárias.....	40
<b>Tabela 6:</b> Tipo de método contraceptivo.....	41
<b>Tabela 7:</b> Motivo do uso da esterilização como método anticoncepcional.....	42

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Taxa de fecundidade total por Regiões, Santa Catarina e Brasil.....	37
<b>Gráfico 2:</b> Proporção de nascidos vivos por idade da mãe.....	38
<b>Gráfico 3:</b> Mulheres esterilizadas, segundo faixas etárias, no Brasil, em 1996.....	39
<b>Gráfico 4:</b> Mulheres usando algum método anticoncepcional, segundo faixas etárias.....	40
<b>Gráfico 5:</b> Justificativa do uso da esterilização como método anticoncepcional.....	42

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Pessoas interessadas em realizar a esterilização.....	44
<b>Quadro 2:</b> Escolaridade, função desempenhada e renda familiar.....	46
<b>Quadro 3:</b> Renda Familiar e o número de filhos.....	48
<b>Quadro 4:</b> Métodos contraceptivos que já foram utilizados.....	52
<b>Quadro 5:</b> Porcentagem de falha de alguns métodos contraceptivos.....	53
<b>Quadro 6:</b> Ações de Saúde da Mulher.....	73
<b>Quadro 7:</b> Serviços prestados nas unidades da rede municipal de saúde.....	74
<b>Quadro 8:</b> Laqueaduras realizadas no HU.....	84

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	4
RESUMO.....	5
LISTA DE TABELAS.....	6
LISTA DE GRÁFICOS .....	7
LISTA DE QUADROS.....	8
SUMARIO.....	9
APRESENTAÇÃO.....	10
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	15
1.1 A HISTÓRIA DA CONTRACEPÇÃO.....	15
1.2 CONTROLE DE NATALIDADE X PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	21
2 A REALIDADE DA SAÚDE REPRODUTIVA.....	36
2.1 PERFIL DA SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL.....	36
2.2 PERFIL DA DEMANDA NO PLANEJAMENTO FAMILIAR DO HU.....	43
3 O PLANEJAMENTO FAMILIAR COMO POLÍTICA DE SAÚDE.....	56
3.1 A LEI Nº 9263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.....	56
3.2 A POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	65
3.3 A GESTÃO DA POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM FLORIANÓPOLIS.....	69
3.4 O ATENDIMENTO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR DO HU.....	79
CONCLUSÃO.....	87
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	92



## APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso constitui-se em requisito final para obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina, abordando uma das questões centrais percebidas durante as atividades realizadas no Estágio Curricular Obrigatório no setor de Serviço Social da Instituição Hospital Polydoro Ernani de São Thiago – Hospital Universitário -, no Programa de Planejamento Familiar.

O Serviço de Planejamento Familiar organizou-se no Hospital Universitário atendendo as exigências da lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996 que no seu artigo 3º preconiza, nas instituições do SUS, o desenvolvimento de programas de assistência integral à saúde da mulher, homem ou casal, que respeite e inclua os serviços de: assistência à concepção e contracepção, atendimento pré-natal; assistência ao parto, puerpério e ao neonato, controle das doenças sexualmente transmissíveis, controle e prevenção do câncer do colo uterino, do câncer de mama e do câncer de próstata. (BRASIL, 1998).

Considerando a referida lei, o Serviço de Planejamento Familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário à informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, buscando contemplar todas as ações e prerrogativas necessárias para garantir os direitos reprodutivos constitucionais a todo cidadão. Procura incluir e organizar o planejamento familiar de forma a atender a demanda com o objetivo primeiramente de possibilitar o acesso às informações necessárias que possibilitarão escolhas mais conscientes no campo da saúde reprodutiva.

Assim, a pessoas que procuram as instituições devem receber assistência necessária através de uma perspectiva educativa e assistencial, sendo esse, portanto, o ponto de partida

para nossos questionamentos com intuito de desvendar como essa política vem sendo operacionalizada.

O interesse pelo tema surgiu da constatação que as pessoas que procuram o Serviço de Planejamento Familiar do HU desconhecem informações básicas sobre saúde reprodutiva, concepção e contracepção. Esse fato sugere a hipótese que o Município de Florianópolis não têm promovido ações de atendimento à saúde reprodutiva como está previsto na legislação pertinente.

Objetivando identificar a razão do desconhecimento da população interessada nos aspectos do planejamento familiar foram formuladas algumas questões norteadoras para o estudo, tais como:

- Como está proposto nos termos legais e intraconstitucionais o atendimento ao planejamento familiar;
- Como a reestruturação administrativa do SUS, a partir da NOB 96, organizou as ações relativas ao planejamento familiar;
- Como o Município de Florianópolis organizou essa política e suas responsabilidades perante essa questão;
- E qual é o perfil da população atendida no HU.

Para entender qual a realidade sócio-econômica e cultural dessa demanda, e principalmente como tem sido o seu acesso às informações a respeito de saúde reprodutiva, foram realizadas entrevistas com as unidades de saúde. Essas entrevistas deram um outro enfoque a pesquisa uma vez que foi possível perceber o descaso por parte dos municípios da Grande Florianópolis quando o assunto é Planejamento Familiar.



As entrevistas com os Postos de Saúde foram semi-estruturadas, partindo de certos questionamentos básicos que consideramos importante. Tínhamos como objetivo principal, entender por que a demanda que chega até o hospital não recebeu nem um tipo de informação ou orientação no Posto de Saúde sobre saúde reprodutiva e planejamento familiar. E também, desejávamos esclarecer a pessoa responsável pela marcação de consulta nos Postos de Saúde que através da Central de Marcação de Consulta, envia as pessoas encaminhadas pelo profissional médico ao Planejamento Familiar do Hospital Universitário e outras instituições - para que proceda corretamente ao atender e encaminhar o usuário e assim, não prejudique o atendimento.

Foram realizados contatos telefônicos entre os dias primeiro de julho (01/07/2002) e o dia vinte e seis de julho (26/07/2002).

A partir desse primeiro objetivo, surgiram outras questões a serem levantadas, como a necessidade de pesquisar quais são os especialistas médicos – clínico geral, ginecologista, enfermeiro, etc - que atendem e encaminham as pessoas para o Planejamento Familiar, precisávamos saber se existe algum tipo de reunião sobre planejamento familiar ou se esta orientação existe de algum modo nos Centros de Saúde.

Por último achamos que seria interessante levantar qual o número de pessoas na lista de espera do Planejamento familiar nos Centros de saúde.

A entrevista se deu praticamente em todos os Centros de Saúde. A localidade da Caeira da Barra do Sul estava com o seu telefone desatualizado e não foi possível conseguir o número novo, por isso não foi contatada.

Durante o período em que foi realizada essa pesquisa além de conversar com os profissionais que recepcionam as pessoas nas unidades de saúde foi possível também entrevistar algumas pessoas que procuraram o Serviço de Planejamento Familiar do HU na busca por averiguar as singularidades, motivos, valores, peculiaridades dos sujeitos e dos

fatores envolvidos no momento da escolha por uma esterilização, quem são os atores desse universo da sexualidade e da reprodução dentro da questão saúde. Estas entrevistas se deram com 21 pessoas que procuraram o planejamento familiar dentro de um contexto mais emergencial.

As pessoas que foram entrevistadas não são agendadas nos Postos de Saúde devido à demora para conseguir a consulta com o médico do Planejamento familiar via central de marcação de consulta, estas pessoas chegam ao hospital como casos especiais - portador de doenças congênitas; portador do vírus HIV; gravidez de alto risco; idade/paridade e doenças crônicas -, normalmente mulheres com mais de três cesáreas sucessivas. As entrevistas realizaram-se todas as terças-feiras de manhã, período este reservado pelo Serviço Social, para atender os casos especiais. Utilizou-se a Entrevista Semi-Estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, podem oferecer um amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que irão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. (TRIVINÕS, 1996, p. 146).

Posteriormente realizamos a revisão de documentos específicos do processo institucional – prontuários; livros de registros de pacientes; estatísticas de procedimentos cirúrgicos para a realização da laqueadura. A revisão de documentos foi desde a entrada do usuário no Programa de Planejamento Familiar até a realização da Laqueadura ou Vasectomia. Identificamos também a lista de mulheres que aguardam para obter o direito a laqueadura no HU.

Tentamos reconstruir o caminho que se segue da chegada no Posto de Saúde até o hospital para saber como vem acontecendo o atendimento e como está sendo operacionalizada a Política de Planejamento Familiar no Município de Florianópolis.

Consideramos isso importante para demonstrar os equívocos que vem ocorrendo nas políticas de saúde, uma vez, que o planejamento familiar se insere nesse contexto e está preconizado em sua legislação como dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde para promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos, e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar, e da “paternidade responsável”.

A gravidade da situação relativa ao planejamento familiar se expressa nos dados referentes à mortalidade materna, aborto e gravidez na adolescência que ajudam a construir melhor o gráfico da saúde reprodutiva no Brasil.

A fim de proporcionar o melhor entendimento sobre o tema, no primeiro capítulo, está contextualizado o planejamento familiar em uma visão histórica que vai desde os antecedentes históricos sobre a contracepção até a edificação do termo que se chama hoje “planejamento familiar”. Posteriormente, ainda no mesmo capítulo, confrontamos conceitualmente controle de natalidade e planejamento familiar para demonstrar a tênue linha diferencial que existe entre eles.

No segundo capítulo apresentamos algumas projeções demográficas da taxa de fecundidade no Brasil, para exemplificar a questão da natalidade e práticas contraceptivas no país. Igualmente, ainda nesse capítulo foi apresentado o perfil das pessoas que acessam o Serviço de Planejamento Familiar do HU.

O capítulo terceiro aborda o planejamento familiar já como Política Nacional de Saúde a partir da Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal de 1988. (BRASIL, 1996).

Foi analisada não só a legislação, mas também a implementação da mesma, e sua estruturação como uma política de saúde. Verificou-se também as interfaces da Política de Planejamento Familiar e a Gestão dessa política no Município de Florianópolis e o Serviço de

Planejamento Familiar do HU. Não será possível abordar aqui, outros municípios, por isso enfocamos somente o município de Florianópolis.

Por fim, concluimos o trabalho com considerações e reflexões sobre essa questão social, fazendo uma síntese das idéias trabalhadas, buscando contemplar a problematização formulada como objeto do estudo, analisando os reais motivos de ações educativas e preventivas, precisarem ser incentivadas.



## CAPITULO 1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

### 1.1 A HISTÓRIA DA CONTRACEPÇÃO

A fim de proporcionar o melhor entendimento sobre o tema e conforme indicado anteriormente, no primeiro capítulo abordamos os antecedentes históricos sobre a contracepção, que segundo Rodrigues (1990), é uma medida preventiva que impede a concepção, quando há o exercício da sexualidade, usando meios mecânicos, químicos ou comportamentais. É uma prática muito antiga e se caracteriza como uma atitude individual, privada e geralmente espontânea.

O primeiro autor, segundo Himes apud Coelho (2000), que tratou do tema, foi Aristóteles, pois os gregos se interessavam muito pelo controle da população, devido ao crescimento populacional acelerado em períodos de paz.

A explosão demográfica é o crescimento populacional acelerado que ocorre quando os índices de natalidade são altos, ao mesmo tempo em que há a redução da mortalidade e ampliação da esperança de vida. (RODRIGUES, 1990, p. 24).

Platão (427-347 a.c.), mencionado por Coelho (2000), sugeria a criação de leis que regulassem, através do Estado, a reprodução. Para ele o controle deveria acontecer com a regulamentação da idade em que os homens e mulheres poderiam ter filhos. Em caso de superpopulação se faria uso do infanticídio – crime de morte contra recém-nascido ou criança - e do aborto. Outra prática indicada, seria a retirada dos testículos e dos ovários, ou ainda, o homem teria duas mulheres, uma que ele veria raramente e que seria fértil e outra, que faziam estéril, somente para satisfação sexual do homem.

Os primeiros métodos para o controle da natalidade de que se tem notícias foram o infanticídio, o aborto provocado e a restrição sexual, sendo que o primeiro foi o mais utilizado na interferência da fertilidade,

principalmente com bebês do sexo feminino, pois o potencial reprodutivo de um grupo era determinado pela taxa de sobrevivência das fêmeas. (SOBRINHO, 1993, p. 6).

Na Bíblia Sagrada, está descrita no Velho Testamento, a prática anticoncepcional do coito interrompido.

Então disse Judá a Onã: Toma à mulher do teu irmão, e cumprindo-lhe o dever de cunhado, suscita descendência a teu irmão. Onã, porém, sabia que tal descendência não havia de ser para ele; de modo que toda vez que se unia à mulher de seu irmão, derramava o sêmen no chão, para não dar descendência a seu irmão. (ALMEIDA, 1979, p. 44).

Durante o século XVI, com a ascensão do capitalismo, a Europa passou por um período de turbulência, onde a fome e a escassez eram problemas visíveis que assolavam a população, esse fato, acrescido do freqüente número de epidemias, contribuíam para a amenizar o crescimento populacional. (RODRIGUES, 1990).

Entre os séculos XVII e XVIII, por influência da igreja as práticas contraceptivas foram consideradas bruxarias e a contracepção não teve muito espaço, as discussões estavam mais em torno da garantia da concepção.

Com a Revolução Industrial, retoma-se a preocupação com o crescimento populacional, uma vez que o benefício de se ter mais filhos representava, para a família, o lucro de ter mais pessoas trabalhando. Outra questão interessante, nessa conjuntura, é a condição criada pela oferta de trabalho feminino, gerando a contradição entre produção e reprodução. Nesse período surgem as teorias sobre a redução da fertilidade das classes mais baixas.

É dentro desse contexto histórico que o pesquisador da Universidade de Cambridge desde 1796, o inglês Thomas Robert Malthus, desenvolve sua teoria, que foi publicada em 1798, com o título: "Crescimento demográfico e produção de alimentos: primeiras proposições". (SZMRECSANYI, 1982).

O pesquisador analisa a importância do alimento para a existência do homem, e a capacidade de crescimento da população e da produção de alimentos. Para ele os meios de subsistência aumentam em uma razão aritmética enquanto a população aumenta em uma razão geométrica, o que gerou na Europa e principalmente na Inglaterra um desconforto com relação ao crescimento populacional. (SZMRECSANYI, 1982).

Malthus é ainda um autor de importância na história do pensamento econômico. As leis inglesas de amparo aos pobres foram duramente criticadas por ele. Para Malthus, a pobreza deveria ser considerada vergonhosa, acreditando que o amparo aos pobres estimulava o ócio e conseqüentemente aumentava a pobreza. Considerar a pobreza como vergonhosa seria o estímulo necessário para gerar a felicidade da humanidade, pois que os pobres assim tentariam mudar sua condição.

Em 1824, segundo Szmrecsanyi (1982), Malthus retoma a discussão sobre o crescimento populacional, em "O princípio da população – última versão". Neste texto ele cita duas maneiras de reduzir o crescimento populacional, os chamados obstáculo preventivo, obstáculo positivo e o controle moral. A necessidade destes era segundo ele, tão óbvia quanto à impossibilidade do homem viver sem alimentos.

O controle moral, aplicado ao presente tema, pode ser definido como a abstinência do casamento, quer temporária quer permanente, a partir de considerações de prudência, com uma conduta estritamente moral para o sexo no intervalo. Este é o único modo de manter a população em equilíbrio com os meios de subsistência que é perfeitamente consistente com a virtude e a felicidade. Todos os outros obstáculos, seja do tipo preventivo, seja do positivo, embora possam variar gradualmente, reduzem-se a algum tipo de vício ou de miséria. (SZMRECSANYI, 1982, p. 174).

Os obstáculos do tipo preventivo são, o intercuro sexual que torna algumas mulheres das grandes cidades improlíferas, a alteração geral dos costumes sexuais, e a paixão não natural. Os obstáculos do tipo positivos são as causas que tendem a abreviar a duração da vida humana, doenças, epidemias, guerras, infanticídios, peste, fome, maus tratos das



crianças, excessos como trabalho árduo e ocupações insalubres. Esses obstáculos do tipo positivo, provenientes das leis da natureza, para Malthus, podem ser chamados de miséria, e os provenientes dos indivíduos, tais como guerras são de natureza mista.

A contracepção, após a teoria de Malthus, passa a ser vista como uma preocupação social, com o despertar de pensamentos coletivos e a proibição do trabalho infantil na Europa. A partir desse fato, começam as campanhas e os estudos sobre os métodos contraceptivos e mesmo sem a autorização do Estado, as informações a respeito da contracepção se difundem.

Portanto, até o fim do século XVIII, as práticas contraceptivas usuais foram às tidas como comportamentais – métodos naturais de regulação da fertilidade - a amamentação, abstinência sexual, o coito interrompido, o ritmo menstrual, ou mesmo, o uso de produtos que serviam de barreira, simpatias, chás. A utilização de prostitutas também era uma prática contraceptiva comportamental, utilizada pelos homens para evitar o aumento de sua prole.

Já no século XIX, começa a produção de anticoncepcionais em série, como a ducha vaginal em 1832, que foi muito difundida apesar da eficácia duvidosa. Em 1850, um médico francês dividiu o ciclo em três fases, e afirmou que a concepção se dava durante uma dessas fases, a gênese, mas essa teoria não provocou interesse à medicina.

Começa à época, o uso dos primeiros dispositivos cérvico-uterinos, que primeiramente tinham a finalidade de aumentar a fertilidade e posteriormente foram utilizado como contraceptivos. Eram suturados no cervix mas devido a sua rigidez, causavam sangramento e favoreciam a ocorrência de infecções. Foram condenados por autoridades médicas, contudo, reapareceram no início do século XX.

O “Condom” e o diafragma, métodos mecânicos de contracepção, foram os primeiros contraceptivos a serem produzidos e comercializados em escala industrial. Eles se popularizaram após a vulcanização da borracha. Porém a invenção do “condom” consta do Século XVI, sendo atribuída ao anatomista italiano Gabriel Fallopus.

Os espermicidas foram comercializados pela primeira vez em 1885 pelo farmacêutico W.J. Rendell, com a produção de um composto de quinina e manteiga de côco, introduzido na vagina através de um supositório. (ZANCONATO apud COELHO, 2000, p. 19).

Ao fim do século XIX a anticoncepção se tornaria alvo de várias pesquisas. Sob a vinculação da teoria eugenista, que pretendia impedir o nascimento de deficientes físicos, mentais, criminosos e loucos, considerados “inferiores” perante a sociedade, a esterilização começou a ser praticada. A esterilização consiste em impedir definitivamente a concepção, no século XX, esse método popularizou-se e foi estendida a todas as mulheres, inclusive como forma de esterilização da população mais pobre.

Contudo, ainda no século XX, a partir dos anos 60 surgiria a pílula anticoncepcional, para mudar a história da mulher reprodutora e dissociar a função sexual da reprodutiva com a mulher passando a desempenhar um novo papel, “a mulher no mercado de trabalho”.

Ainda como parte deste processo entra em pauta uma questão que há muito é imposta às mulheres, sem que seja aberto um espaço claro de informações sobre a sua saúde e a sua vida reprodutiva. A mulher conquista o direito de decidir sobre a contracepção, parece algo óbvio, mas algumas práticas ilegais e imorais passam a ser denunciadas e investigadas nos chamados países do terceiro mundo.

Em 1967, houve uma denúncia, por parte da imprensa, da prática indiscriminada de esterilizações cirúrgicas em mulheres, na Amazônia, motivando a abertura de uma comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional para a investigação de tal denúncia e para a realização de um estudo sobre a conveniência ou não de se limitar a natalidade no país. A conclusão final da CPI nunca foi redigida. (SCHUELTER, 1999, p. 26).

A esterilização feminina, é realizada, na maioria das vezes, na hora do parto por cesariana. Geralmente esta esterilização se dá através de laqueadura, que é a oclusão das Trompas de Falópio.

Conforme, Carneiro e Wernech (1992), existem dados sobre a saúde da mulher que são realmente alarmantes se forem observados sob ótica do papel do Estado - as políticas públicas e a qualidade dos serviços de saúde - e a dimensão ética das esterilizações que ocorrem em mulheres que muitas vezes desconhecem a irreversibilidade dessa operação.

Para Rodrigues (1990), “a esterilização cirúrgica não é um método de contracepção, trata-se da eliminação da capacidade reprodutiva do indivíduo, embora haja uma pequena margem de possibilidade de regeneração espontânea ou cirúrgica daquele potencial”.

Hoje já existem as técnicas de minilaparoscopia e laparoscopia para a laqueadura de trompas, além da vasectomia para os homens, mas o que se tem de mais importante nessas novas tecnologias é o seu alcance social, a formação desta nova identidade feminina, agora não mais ancorada só no papel da mulher como mãe, mas também na mulher com um papel social.

As práticas contraceptivas e de esterilização são disseminadas principalmente nas regiões mais pobres onde o apelo pela redução da prole vem enraizada em uma prática clientelista sem maiores controles institucionais.

O temor dos dirigentes e capitalistas quanto ao limite dos recursos naturais e da produção de energia, e a crise alimentar, são temores relativos ao seu próprio abastecimento de alimentos, capitais e recursos naturais! Fazem-se de cegos e surdos diante do limite imposto pela desigualdade social(...) Qualquer estudioso da ecologia sabe que a justiça social é uma pré-condição do desenvolvimento e do equilíbrio ecológico(...) nas relações internacionais, nas negociações e imposições diplomáticas do capital, repete-se a ladainha aos povos e governos subdesenvolvidos: Controlem suas mulheres em idade fértil com mais rigor. (CARNEIRO E WERNECH, 1992, p. 48).

A proposta de conter a explosão demográfica no terceiro mundo em defesa do capital industrial e do capital internacional tem dado certo diante da tendência político-ideológica antinatalista que toma conta do mundo globalizado.



## 1.2 CONTROLE DE NATALIDADE X PLANEJAMENTO FAMILIAR

Conforme visto anteriormente a humanidade sempre se preocupou com a questão da natalidade, sendo para limitar ou expandir os nascimentos. Para isso homens e mulheres adotaram ao longo da história várias práticas contraceptivas, Barchifontaine e Pessini informam alguns dados sobre essa questão do crescimento demográfico:

O crescimento demográfico, desde a antiguidade até o fim da idade média, era de 0,1%. Estima-se que havia, no tempo do nascimento de Cristo, 250 milhões de pessoas no mundo. Em 1492, a população girava em torno de 400 milhões. De 1960 a 1970, a humanidade alcançou o pico Máximo de crescimento global de 2,69%. (BARCHIFONTAINE E PESSINI, 1991:125).

Uma linha tênue, conceitual e política, separa o controle de natalidade do planejamento familiar. São duas concepções diferentes, mas que muitas vezes se confundem e se confrontam neste limiar de idéias que teve seu início, se pensarmos em práticas contraceptivas na antiguidade, com o uso de produtos como o mel e o carbonato de sódio na vagina para evitar a concepção.

Os papéis sociais das mulheres na sociedade transformam as práticas contraceptivas, adotadas ao longo da história e, no Brasil, a reivindicação do direito a contracepção passa a ser defendida por feministas e outros setores sociedade civil.

A expressão planejamento familiar surgiu em 1940, caracterizando toda uma etapa percorrida pelo movimento de controle da natalidade. As instituições americanas especialistas em planejamento familiar – Birth Control Federation of América e a Planned Parenthood Federation of América – foram que lançaram a distinção entre as duas expressões. Essas mesmas instituições lideraram anteriormente o movimento de controle da natalidade nos Estados Unidos, mas então posteriormente veio a idéia de direito individual, a “paternidade responsável” e o enfoque passa a ser a política de planejamento familiar.

Segundo Rodrigues (1990, p. 35), o termo controle de natalidade é reservado para rotular programas oficiais que tem claramente metas demográficas, como é o caso da China e da Índia. O Planejamento Familiar teria outro enfoque, visando erradicar o aborto, prestar assistência à maternidade e democratizar o uso dos métodos contraceptivos.

A polêmica em torno da política de planejamento familiar, as intervenções internacionais, o controle de natalidade, a ação autoritária do Estado e os interesses coletivos entram em debate, conforme Carneiro e Wernech (1992), no momento em que a contenção da natalidade é “produto de uma aliança internacional que envolve dirigentes, pesquisadores, parlamentares, industriais e banqueiros com o objetivo de manter o Terceiro Mundo estagnado, sem a distribuição justa de terras, recursos e poder político”.

Planejar a familiar significa oferecer aos casais meios que possibilitem decidir quando e quantos filhos desejam ter, por meio da oferta de orientações e de métodos anticoncepcionais eficazes e seguros, respeitando a liberdade de escolha de cada um, suas particularidades sócio-culturais, crenças religiosas e assim por diante.

Este deve ser diferenciado do controle de natalidade, que consiste na imposição pelas autoridades governamentais, do número máximo de filhos nas famílias, havendo punições aos que ultrapassam tais limites, mas ao contrario do que se pensa atitudes governamentais que se dizem de planejamento familiar muitas vezes adotam uma posição de controle e esta posição se caracteriza quando o fornecimento de métodos contraceptivos e ou a esterilizações são realizados indiscriminadamente sem que exista na sociedade espaço para discussão sobre saúde reprodutiva e sexualidade. O planejamento familiar se caracteriza pelo estímulo e orientação, não apenas por avanços na área médica, mas, principalmente, por sérias e amplas medidas políticas que atinjam a todas as pessoas sexualmente ativas.

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), a população vem crescendo menos, principalmente nas grandes cidades, é o que comprova o censo de 1996. A

década de 90 teve uma taxa de crescimento anual de 1,38%. Nos anos 80, o crescimento foi de 1,93% e nos anos 70 foi de 2,48%. Até 2030 estima-se que a população brasileira reduza a zero o seu crescimento.

O declínio da natalidade não impediu que instituições e agentes de saúde externos continuem com seu discurso antinatalista. A esterilização humana, assim como o aborto, considerado ilegal no Brasil, com exceção dos casos assegurados pelo Artigo 128 do Código Penal - o aborto "necessário", assegura à mulher o direito ao aborto quando a gravidez for decorrente de estupro ou a mãe correr risco de vida -, continuam sendo praticados por inúmeras mulheres indiscriminadamente (FONSECA, 1996).

Essas práticas emanam, também, de crenças da sociedade e o aborto para muitos, ainda é uma forma de anticoncepção. Atualmente a interlocução entre informação e acesso aos métodos contraceptivos é papel do Estado, mas devido a várias questões, tem encontrado muitas barreiras para que seja realizada efetivamente.

A política populacional no Brasil sob influencia de organismos internacionais tem demonstrado uma tendência antinatalista e as instituições internacionais vêm impondo com seus financiamentos nas pesquisas e nos serviços de planejamento familiar, sua visão da questão demográfica nos países de terceiro mundo. Conforme indica Canesqui :

O Programa Integrado de Planejamento Familiar e Saúde Materno-Infantil do Rio de Janeiro é financiado pelo United Nations Fund for Population Activities (órgão das Nações Unidas). Segundo Relatório Anual daquele Fundo, no período 1977/1980, foi destinado ao projeto por solicitação governamental, o montante de 92.000 dólares. (...) Utilizando-se de formas regionalizadas de prestação de serviços materno infantís, o projeto conta com um complexo de clínicas referendadas ao Hospital São Francisco, onde são realizadas esterilizações. (CANESQUI, 1982, p. 38).

Sobrinho (1993), salienta ainda, que do ponto de vista demográfico, foi no período de 1964 a 1974 que se constata uma grande queda nos níveis de fecundidade no país sem que



para isto tenha sido articulado qualquer estratégia para a contenção da natalidade, pois nesta época, tal preocupação não fazia parte do pensamento dos políticos e governantes brasileiros.

Corroborando com Sobrinho, temos o documento secreto do governo norte-americano, denominado NSSM 200, oriundo do Conselho de Segurança Nacional dos Estados Unidos de 1974, de acordo com relatório de Terra (1991, p. 10):

Descreveu o documento que o Brasil, com uma população de 100 milhões de habitantes, claramente dominava demograficamente o continente latino americano; no final do século, sua população alcançaria numericamente a população norte americana de 1974, ou seja, 212 milhões de pessoas. As perspectivas de rápido crescimento econômicas auguravam para o Brasil um crescente "status" de poder na América Latina e no resto do mundo, nos próximos 25 anos.

Segundo Rodrigues (1979), durante a XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, em 1965, foram apresentados vários trabalhos a respeito do "aborto provocado" e suas conseqüência, tanto para a saúde materno-infantil quanto para a rede hospitalar e a partir disso foi discutida a necessidade de um programa de planejamento familiar. Alguns médicos do encontro, juntamente com economistas, sociólogos e advogados fundaram a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM.

A BEMFAM, criada em 1963 é filiada a International Planned Parenthood Federation – IPPF -, financiada com recursos internacionais e é considerada uma instituição de utilidade pública federal desde 15/04/1971.

Sua atuação primordial está na aquisição e distribuição de anticonceptivos orais, DIUs e "condons", além de programas educacionais e treinamento para profissionais médicos e paramédicos em técnicas de esterilização (RODRIGUES, 1979).

A BEMFAM fundamenta seus princípios na teoria Malthusiana, organizada em um eixo em que a solução dos problemas social e econômico está necessariamente ligada a



redução da natalidade. Assim, promovem a tecnologia contraceptiva e o número de adeptos dessa política aumenta, juntamente com o aumento dos recursos financeiros para pesquisa e publicações, em que vinculam propostas de garantia do bem estar social a partir da “paternidade responsável”.

Conforme dados de Canesqui (1982), após trinta anos de sua existência e da queda de fertilidade brasileira, houve também um declínio das condições de vida, devido verdadeiramente ao modelo político e econômico vigente.

O que chama a atenção com relação ao período em que a BEMFAM se estruturou no Brasil, é o fato da política de governo do então Presidente Ernesto Geisel (1974-1979) ser natalista e ter como princípios básicos não aceitar interferências externas, de caráter oficial ou privado, na política demográfica (RODRIGUES, 1979).

Nesse mesmo período, em 1974, foi promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Bucarest, a Conferência Mundial sobre População e o Brasil representado pelo embaixador Miguel Osório de Almeida, revela a intenção de não limitar o crescimento da população.

No contexto internacional, o Governo Federal defendia posições natalistas como o salário família e o auxílio maternidade, mas na realidade, o que acontecia no Brasil era a intervenção de instituições não governamentais com parcerias de municípios e governos estaduais na saúde reprodutiva das mulheres. Além da BEMFAM, temos o Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CEPAIMC), o Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CPARH), em Salvador e a Promoção da Paternidade Responsável (Pro-Pater), em São Paulo (COELHO, 2000).

Estas instituições mostram a contradição entre o que era realizado no Brasil e a posição assumida em Bucarest no Congresso Mundial de População, no qual, o Brasil adotou alguns princípios:

O controle da natalidade é uma decisão do núcleo familiar: a capacidade de recorrer ao controle da natalidade não deve ser um privilégio das famílias abastadas e, por isso, cabe ao estado proporcionar as informações e os meios que possam ser solicitados por famílias de recursos reduzidos. (SOBRINHO, 1993).

Em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de 1978, ocorre a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo. Reafirma-se, enfaticamente, que a saúde é um direito humano fundamental e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

O conceito de “saúde integral” estabelecido pela OMS, é entendido como o “estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de infecções e enfermidades”. Podemos, então, destacar na atenção primária de saúde, em seus aspectos de promoção e prevenção para melhoria da qualidade de vida, a necessária participação da comunidade, o trabalho multidisciplinar e a incorporação de outros setores na construção da saúde da população, mas primordialmente não se pode esquecer os cuidados de saúde que fazem parte dessa atenção primária.

O artigo 7º, da Declaração de Alma-Ata trata dos cuidados primários de saúde incluindo, em seu inciso 3º, o Planejamento Familiar:

Os cuidados primários de saúde, incluem pelo menos: educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, (...), cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Ainda na mesma declaração, cuja Conferência o Brasil participou, foi reafirmada a importância de todos os governos formularem políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, foi declarado que seria necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

O Brasil apesar de sua participação em várias Conferências Mundiais não desenvolveu até a década de oitenta políticas de saúde que garantissem os direitos já adotados anteriormente na Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, pois, já nessa Declaração, a maternidade é enfatiza a partir de cuidados e assistência especiais.

Em 1968, a Organização das Nações Unidas – ONU, considera o planejamento familiar como um direito humano básico. Mas o que acontece a partir daí, no Brasil, é o que já acontecia anteriormente, pois os direitos relativos reprodução e à maternidade já constam na Constituição de 1934 em seu artigo 138 - “Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: amparar a maternidade e a infância; socorrer as famílias de prole numerosa”. (BRASIL, 1934).

E na Constituição de 1946 em seu artigo décimo:

Art.10 - A não ser nos casos de requisição do Supremo Tribunal Federal ou do Tribunal Superior Eleitoral, o Presidente da República decretará a intervenção e submetê-la-á, sem prejuízo da sua imediata execução, à aprovação do Congresso Nacional, que, se não estiver funcionando, será convocado extraordinariamente para esse fim. (BRASIL, 1946).

A diminuição de fecundidade no Brasil sempre foi assunto controverso, existem visões radicais e incompatíveis. Segundo Ruth Cardoso (1983), anteriormente se pensava que os únicos motivos para a mulher controlar sua fecundidade estavam relacionados à pobreza, mas o feminismo legitima outras razões para essa conduta fazendo surgir uma nova noção de



autonomia individual que cria para as mulheres uma identidade política, integrando-se como força de trabalho à sociedade.

O debate ultrapassa a questão do dilema do natalismo x antinatalismo, para uma questão de âmbito privado, e com isso é que surge a expressão – “paternidade responsável”, exorcizando o medo do controle do Estado.

Segundo Fonseca (1993), duas posturas históricas e antagônicas na sociedade e no governo brasileiro formavam a contenda natalista e antinatalista, com discursos utilizados desde os anos 50. A direita, antinatalista acreditava ser o crescimento populacional uma ameaça à segurança nacional, e alguns empresários entendiam esse crescimento demográfico como um empecilho ao desenvolvimento. Os natalistas ou anticontrolistas, faziam parte da esquerda e posicionavam-se, juntamente com a Igreja Católica, contra o discurso antinatalista.

Essa indefinição sobre uma verdadeira política de Planejamento Familiar no Brasil, se instala em um período entre 1978 e 1984, quando a BEMFAM investiu 13,5 milhões de dólares em programas de distribuição maciça de contraceptivos orais, sem a devida assistência médica, além do índice espantoso de esterilizações femininas (BERQUÓ, 1986).

É importante ressaltar que o uso de anticoncepcional oral sem a devida orientação e o conhecimento dos fatores de risco associados pode ser extremamente prejudicial à saúde da mulher. (BARRETO; SOUZA; GUIMARÃES, 1996:28).

Sabemos que os argumentos apresentados em favor da implantação do planejamento familiar por essas instituições vão ao encontro das necessidades da população, devido a problemas graves como a mortalidade materna, mortalidade infantil, aborto, gravidez na adolescência e outros. No entanto, o que tem ocorrido a partir da atuação destas instituições é a constatação de que a Política de Planejamento Familiar depende muito mais de Políticas de Educação e Informação, uma vez que, os problemas que serviram como argumentos em 1980, ainda assolam o sistema de saúde brasileiro.

Entre os anos de 1967 e 1982, segundo dados do Ministério da Saúde (1987), dez municípios por mês implantavam um programa comunitário de planejamento familiar, e posteriormente em 1983 o Estado brasileiro assume uma Política de Planejamento Familiar - deveria dar atenção tanto para contracepção quanto para os problemas da infertilidade - inclusa no Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher - PAISM. Na prática, não foi implementada como havia sido preconizada, e segundo Corrêa (1992), este fato é interpretado como uma estratégia para encobrir uma política explícita de controle populacional.

Nesse ínterim, mais precisamente em 1970, surge o feminismo no Brasil - durante a ditadura militar -, organizando encontros, seminários e congressos para discutir os direitos da mulher. Os temas básicos dão conta dos Direitos Reprodutivos - aborto e contracepção.

Em 1980, segundo Lima (1982), em um debate realizado pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, as feministas tornam pública sua opinião sobre as bases de uma Política de Planejamento Familiar que respeite o direito da mulher em decidir sua maternidade; a descriminalização do aborto e realização do mesmo em toda rede de serviços de saúde pública; o repúdio a esterilização forçada ou induzida; etc.

As feministas começam a tomar parte da discussão entre natalistas e antinatalistas, defrontando-se com idéias eugenistas de garantia da "qualidade" do estoque físico, com o neomalthusianismo que busca, na racionalização da família - controle de natalidade -, as respostas para todo o tipo de desajustamento e denunciando essas práticas de manipulação da sexualidade.

O Planejamento Familiar sempre fez parte das discussões políticas como elemento estratégico para a resolução de problemas sociais e problemas ligados à saúde.

Sobrinho (1993) ao estudar a história do planejamento familiar no Brasil, demonstra que vivemos três etapas principais no que se refere a esta temática. Em um primeiro momento, até 1964 vivenciamos a emergência e a difusão do que ele chama de "pró-

natalismo”; de 1964 a 1974 vivemos um período em que políticas antinatalistas contrapunham-se a políticas anticontrolistas. Somente após este período é que surge o planejamento familiar no Brasil, instalando-se, de uma maneira um pouco mais sedimentada, após 1983. Neste estudo, o autor procura revelar a história do pensamento ou da ideologia controlista e não-controlista no país e do processo de incorporação destas ideologias ao discurso e programas oficiais voltados à saúde da mulher.

O ano de 1975, foi designado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o “Ano Internacional da Mulher” e esta mesma organização estabeleceu que, de 1976 a 1985, seria a década da Mulher. Desde então, realizaram-se várias Conferências Mundiais sobre a Mulher.

Na Cidade do México, México, de 16 de junho a 02 de julho de 1975 aconteceu a I Conferência Mundial sobre a Mulher. A II Conferência Mundial sobre a Mulher - Igualdade, Desenvolvimento e Paz -, foi em Copenhague na Dinamarca, após estas tiveram também a III Conferência Mundial sobre a Década da Mulher, em Nairóbi, Quênia, de 15 a 26 de julho de 1985, e IV Conferência Mundial sobre a Mulher - Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz -, em Pequim, China, de 04 a 15 de setembro de 1995, à qual compareceram mais de 180 países e cerca de 35.000 pessoas. Foi o maior evento organizado pela ONU, a Plataforma de Ação aprovada reafirma os avanços conseguidos pelas mulheres nas últimas Conferências, com destaque para os direitos sexuais e reprodutivos.

Durante muitos anos, foram enviados ao Congresso Nacional, projetos de Lei para legalizar o Planejamento Familiar no Brasil mas não foram aprovados. Entretanto, nesse hiato instituições financiadas com recursos internacionais desenvolviam programas ditos de planejamento familiar e o Governo Federal não cerceava tais iniciativas, embora fosse clara a sua posição a respeito da questão. Segundo documentos oficiais de 1984, o Ministério da Saúde se manifesta a esse respeito:



Ao Planejamento Familiar deve ser atribuído, portanto, o lugar adequado no contexto das ações de saúde. Não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos e nem ter ignorado a sua inegável interface com o setor da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Na Conferência sobre População em 1984, no México, o Brasil afirmou estar elaborando uma política de Planejamento Familiar, dentro de uma estratégia de assistência integral a mulher.

Em Novembro de 1986 em Ottawa, Canadá, acontece a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde. Na Carta de Ottawa se considera que a boa saúde é um dos aspectos da qualidade de vida, onde se destaca que a promoção à saúde centra-se em alcançar a equidade, ou seja, igualdade de oportunidades e recursos para que toda a população possua os meios de desenvolver seu máximo potencial de saúde.

O estilo de vida que se vive cotidianamente é um fator de saúde, assim como, a sexualidade, que se define como uma forma de expressão vinculada aos processos biológicos, psicológicos e sociais do sexo. É um dos processos vitais dos seres humanos, que se repercute com mais força, sendo influenciado pelo contexto histórico social em que se desenvolve.

Em 1994, a Conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento aborda questões como direitos sexuais, responsabilidade masculina, direitos humanos e cidadania, dentro de um grande esforço conciliatório e muita habilidade diplomática, pois a Arábia Saudita, o Líbano, o Iraque e o Sudão decidiram boicotar o evento, esta foi a posição seguida pela Igreja Católica e pela maioria dos demais países muçulmanos, inclusive aqueles de ordenamento rigorosamente religioso, como o Irã.

A Conferência se iniciou sob a ameaça de atentados contra os delegados estrangeiros e mesmo assim contou com delegações de 182 países, cerca de 2 mil ONGs no fórum paralelo



de organizações não-governamentais e grande afluência de jornalistas. Congregou, ao todo, cerca de 20 mil pessoas de nacionalidades diversas - o dobro da Conferência de Viena sobre Direitos Humanos de 1993.

O relatório final da Conferência de Beijing (1995) inclui como direito humano da mulher ter controle sobre sua sexualidade e sua vida reprodutiva, decidindo livremente sobre todas essas questões. Este fenômeno possui aspectos que contribuem para o bem estar pessoal para o desenvolvimento do vínculo com os outros. A sexualidade livre e com responsabilidade é a forma de comunicação mais profunda entre os seres humanos, possibilitando as pessoas assumirem a criação de um novo ser.

A sexualidade faz parte do ser humano, desde sua concepção à sua morte. É fonte de prazer e bem estar, tendo repercussão familiar e social. Por tudo isto o direito de desfrutar da sexualidade é um direito humano inalienável, assim como o direito à vida, a liberdade e à saúde. Sob estes aspectos surge uma relação indissolúvel entre saúde e sexualidade. Não se concebe saúde integral das pessoas sem o desenvolvimento pleno e harmônico da sexualidade.

Nos últimos 30 anos, a inserção da mulher no mercado de trabalho, o avanço tecnológico em relação às opções contraceptivas, e a indefinição de uma política de Estado em relação à contracepção, fomentam os argumentos de inspiração liberal que insistem em dizer que as mulheres pedem a ligadura como única forma de solução para os seus problemas. Por isso discutir planejamento familiar exige necessariamente que se fale em controle de natalidade, sendo que estes dois temas andam juntos, ao menos nos países de terceiro mundo.

A I Conferência de Mulheres da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa), promovida pela Fundação Cultural Palmares, do Ministério da Cultura do Brasil, salienta a necessidade de promover e acelerar a formação em gênero, pautando que uma vida com saúde não pode conviver com as altas taxas de mortalidade materno-infantil, com a

gravidez precoce, com a ampliação dos casos de AIDS entre as mulheres, com a má-nutrição e com a inacessibilidade aos serviços de planejamento familiar de qualidade.

A saúde reprodutora não pode ser desvinculada da sexualidade, pois esta é o pano de fundo de muitos problemas sociais como o aborto e a gravidez na adolescência. Se observa, que alguns setores, especialmente relacionados aos aspectos religiosos preferem não lidar com certos tabus que tem acompanhado sempre a população, esse medo de entender a sexualidade tem gerando muitos traumas e mortes.

O Planejamento Familiar só entra realmente em cena no Brasil, como Política de Atenção Básica, na Constituição de 1988, quando foi garantido a todo cidadão brasileiro esse direito, caracterizando o espaço privado como o lugar em que serão decididas as questões relativas a natalidade, e implicitamente supõe-se, que para essa decisão acontecer, será colocado à disposição de todos, tanto a informação quanto o acesso aos métodos contraceptivos.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, garante a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e o acesso igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, através de um sistema único de saúde.

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o Planejamento Familiar é livre decisão do casal, competindo ao estado propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, art. 226, § 7º).

A Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, regula o inciso 7º, do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do Planejamento familiar, estabelecendo penalidades e dando conta de outras providências, como no artigo quarto:

O Planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos, e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação de pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

A publicação da Lei nº 9.263, no seu artigo 3º, preconiza que as instituições gestoras do SUS devem desenvolver um programa de assistências integral à saúde da mulher, homem ou casal, respeitando seu ciclo vital, incluindo as seguintes atividades: assistência à concepção e contracepção, atendimento pré-natal; assistência ao parto, puerpério e ao neonato, controle das doenças sexualmente transmissíveis, controle e prevenção do câncer do colo uterino, do câncer de mama e do câncer de próstata.

Esta é mais uma razão para que se chame a atenção para a Política de Planejamento Familiar, uma vez que esta garante a todas as classes, pessoas de quaisquer idades, solteiras ou casadas, o direito de escolherem se querem ou não ter filhos e em que momento, regulamenta também, a esterilização no país, prevendo a possibilidade de que mulheres e homens com mais de 25 anos e com no mínimo dois filhos vivos recorram a hospitais públicos para realizar a esterilização.

A realidade brasileira apesar da legalização do Planejamento Familiar desde 1988 e da elaboração de uma Política de Planejamento Familiar desde 1996, quando se trata de saúde reprodutiva, tem índices vergonhosos, os abortos clandestinos, a gravidez na adolescência, a mortalidade materna<sup>1</sup> – é o número de óbitos femininos por causas maternas.

Em 2001, ocorreram no estado de Santa Catarina, cerca de 37,4 mortes a cada grupo de 100 mil nascidos vivos -, outro problema é o número de esterilizações que chega, em alguns estados da Federação, a atingir a metade das mulheres em idade fértil em união estável.

---

<sup>1</sup> Para esclarecer melhor este tema que é a mortalidade materna, podemos dizer que este é um coeficiente que estima a frequência de óbitos femininos atribuídos a complicações da gravidez, parto e puerpério, em relação ao total de gestações, representado este pelo número de nascidos vivos, este coeficiente reflete a qualidade da assistência oferecida à saúde da mulher.



Segundo Souza (1987), estima-se que morrem aproximadamente 5.000 mulheres a cada ano no Brasil, por problemas ligados à gravidez, parto e puerpério<sup>2</sup>. Estima-se, ainda, que 98% dessas mortes poderiam ser evitadas, ou seja, 4.900 perdas não deveriam estar ocorrendo, se as condições de vida dessas mulheres e os serviços de atenção à saúde fossem melhores.

Essa interlocução entre mortalidade materna e planejamento familiar é fundamental quando se pensa no hiato ainda existente entre informação e acesso aos métodos contraceptivos, é papel do Estado propiciar a informação e não somente os métodos contraceptivos.

A mortalidade materna se constitui em um problema de saúde pública, que afeta diretamente as mulheres, no entanto, este problema poderia inexistir ou ser reduzido, mas tem encontrado muitas barreiras para que seja realizado efetivamente. Em uma sociedade como a nossa - onde o processo de comunicação é controlado -, garantir a informação correta a todos demanda um programa bem articulado com uma política de saúde eficiente (CARDOSO, 1983).

Nosso sistema de saúde esteve tradicionalmente sempre mais voltado para as ações curativas do que preventivas, e isso acontece, entre outras razões, porque o modelo médico adotado em nossa sociedade fragmenta os indivíduos como se eles não fossem únicos, singulares e indivisíveis.(...) Mas a prática desse modelo tem dado demonstração de que não é capaz, na realidade, de resolver a maioria dos problemas de saúde da população e, em particular, das mulheres. (COSTA E GUIMARÃES, 2000: 13).

A sociedade brasileira conviveu e convive ainda hoje, com o discurso de entidades internacionais que defendem o Planejamento Familiar a partir da distribuição indiscriminada de contraceptivos e da esterilização feminina – controle de natalidade.

---

<sup>2</sup> Morte materna, segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID-, "é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais".



Estes discursos estão fundamentados em questões sociais que associam a pobreza ao número de filhos - e como há muito estão sendo disseminados -, fazem parte de uma cultura popular onde o acelerado processo de urbanização, a participação da mulher no mercado de trabalho e a insegurança econômica tem determinado um declínio crescente da fecundidade no Brasil.

Como é possível observar, o espaço conquistado pelas mulheres ocasionou, em parte, a queda da fecundidade, mas não se pode esquecer que as mulheres ainda precisam avançar muito em seus direitos para ter sua sexualidade e sua saúde reprodutiva respeitadas.

## CAPITULO 2- A REALIDADE DA SAÚDE REPRODUTIVA

### 2.1 PERFIL DA SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL

A ONU divulgou um relatório sobre a situação da População Mundial em 2001. Conforme este relatório o Brasil chegou aquele ano, com 77% das mulheres casadas ou em união estável em idade fértil (de 15 a 49 anos), utilizando métodos contraceptivo.

A taxa de fecundidade no Brasil vem caindo, e isso se explica se analisarmos a eficiente ação de controle demográfico realizado pelas instituições não governamentais que se instalaram no Brasil desde a década de 1970.

**Tabela 1:** Taxa de fecundidade total no Brasil de 1940 a 2000.

ANO	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000
(%)	6,2	6,2	6,3	5,8	4,4	2,9	2,3

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940-2000.

A seguir temos as projeções da taxa de fecundidade total (nº médio anual de filhos por mulher por ano), segundo Regiões, Santa Catarina e Brasil, 1996 e 1997.

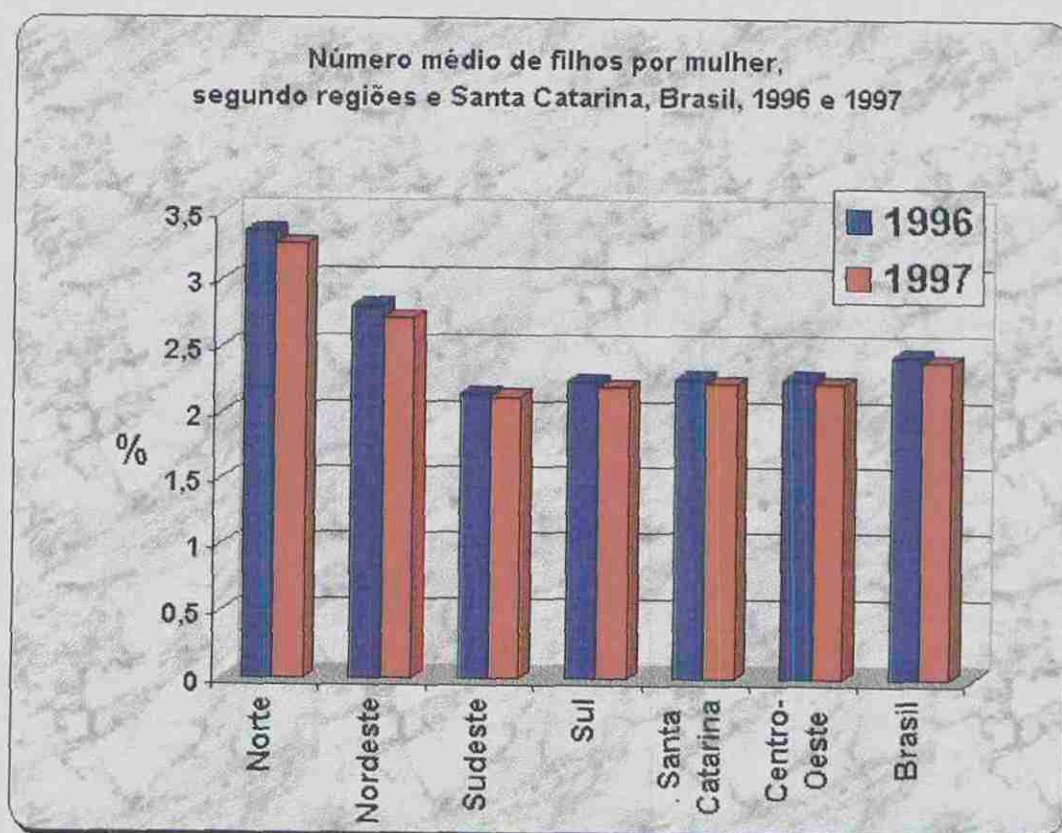
**Tabela 2:** Taxa de fecundidade total por Regiões, Santa Catarina e Brasil.

Região	1996	1997
Norte	3,4	3,3
Nordeste	2,8	2,7
Sudeste	2,2	2,1
Sul	2,3	2,2
Santa Catarina	2,3	2,2
Centro-Oeste	2,3	2,2
Brasil	2,4	2,4

Fonte: IBGE/Censo, contagem populacional e projeções demográficas preliminares (2000).

Ao observar o número médio de filhos por mulher, percebe-se um continuado decréscimo nas taxas de fecundidade em todo território nacional. A velocidade de queda no ritmo da fecundidade foi mais intensa nas regiões que ainda apresentavam índices altos, no caso, do Norte e Nordeste. A Grande Região Norte é a única área onde, em média, as mulheres têm ao final do seu período reprodutivo acima de 3 filhos.

**Gráfico 1:** Taxa de fecundidade total por Regiões, Santa Catarina e Brasil.



Fonte: IBGE/Censo, contagem populacional e projeções demográficas preliminares (2000).

Proporção de Nascidos Vivos por idade da mãe, segundo Regiões e Santa Catarina, Brasil, 1997.

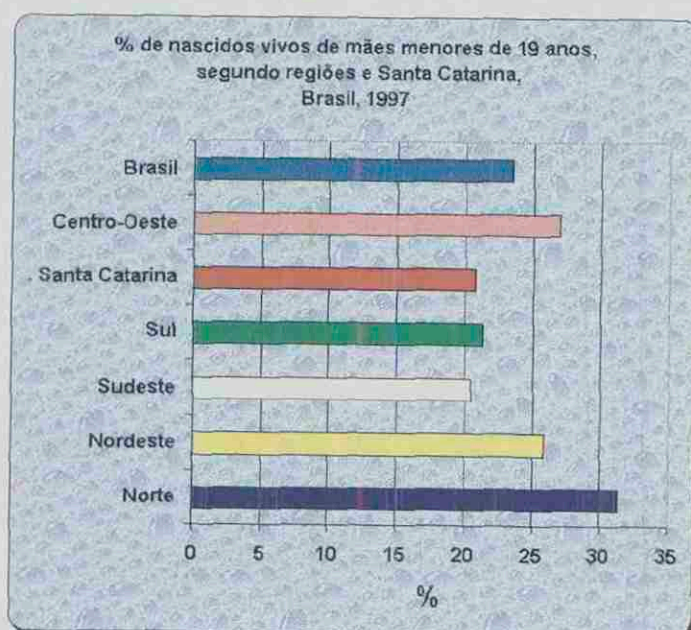
**Tabela 3:** Proporção de nascidos vivos por idade da mãe.

Região	<14 anos	15 a 19	20 anos e +
Norte	1,5	29,8	68,7
Nordeste	1,0	24,9	74,1
Sudeste	0,7	19,8	79,6
Sul	0,9	20,4	78,8
Santa Catarina	0,7	20,0	79,3
Centro-Oeste	1,1	25,9	73,0
Total	0,9	22,6	76,5

Fonte: Ministério da Saúde/FNS/CENEPI - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), (1998).

Considerando a importância do número de nascimentos a partir da idade da mãe, os dados demonstrados podem ser avaliados como significativos, se pensarmos na questão da gravidez na adolescência, que aparece bem acentuada principalmente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste.

**Gráfico 2:** Proporção de nascidos vivos por idade da mãe.





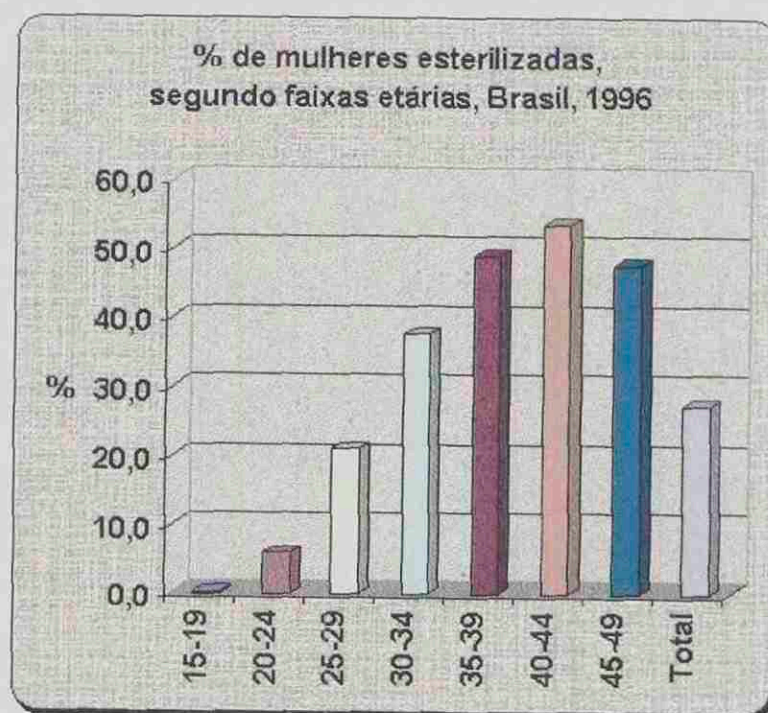
Podemos observar na tabela 4, os altos percentuais na faixa de 25-29 anos de mulheres que são esterilizadas, outra observação importante está na faixa etária dos 40-44 anos, onde mais da metade das mulheres são esterilizadas.

**Tabela 4:** Mulheres esterilizadas, segundo faixas etárias, no Brasil, em 1996.

Faixas etárias	%
15-19	0,1
20-24	5,9
25-29	21,1
30-34	37,6
35-39	49,0
40-44	53,4
45-49	47,6
Total	27,3

Fonte: BEMFAM, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996

**Gráfico 3:** Mulheres esterilizadas, segundo faixas etárias, no Brasil, em 1996.



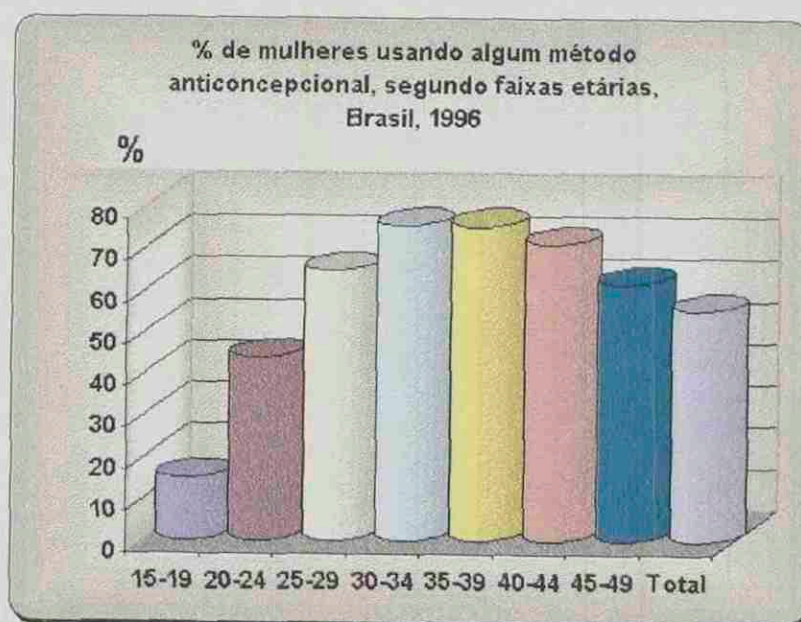
No ano de 1996, a porcentagem de esterilização feminina, entre as mulheres em idade fértil, era de 27,3%, ou seja, uma mulher esterilizada em cada quatro deste grupo etário. O percentual de laqueaduras era próximo de 50% quando se consideram somente as mulheres de 30 anos e mais de idade.

**Tabela 5:** Mulheres usando algum método anticoncepcional, segundo faixas etárias, no Brasil, em 1996.

Faixas etárias	%
15-19	14,7
20-24	43,8
25-29	64,7
30-34	75,4
35-39	75,3
40-44	71,2
45-49	61,7
Total	55,4

Fonte: BEMFAM, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996.

**Gráfico 4:** Mulheres usando algum método anticoncepcional, segundo faixas etárias, no Brasil, em 1996.



Fonte: BEMFAM, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996.

No ano de 1996, metade das mulheres em idade fértil, no país, usava algum método anticoncepcional, ou seja, uma mulher em cada duas. Esse percentual foi de cerca de 15% entre mulheres de 15 a 19 anos; uma mulher em cada sete utilizava algum método anticoncepcional.

O grau de instrução da mulher pode servir como parâmetro para analisar a prevalência do uso da anticoncepção, quanto maior o grau de instrução maior é o uso, conforme Arruda (1987:37), a escolha de métodos reversíveis como a pílula, o DIU, e outros, também diz respeito ao nível de instrução.

Conforme análise de Berquó (1994), a esterilização esta sendo usada como método anticoncepcional, principalmente por mulheres de baixo nível de instrução, que vêem como única opção, devido à desinformação, a escassez de outros métodos, e também por ficarem nas mãos dos médicos, que decidem por elas o que fazer.

Segundo dados do Ministério da Saúde em 1998, existiam 44 milhões de mulheres em idade fértil no Brasil, na faixa etária entre 15 e 49 anos, cerca de 70% dessas mulheres são usuárias do SUS - 30,8 milhões, desse total, 21,5 milhões são sexualmente ativas. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde, realizada em 1996, cerca de 50% das mulheres que foram mães entre 1990 e 1995 tiveram uma gravidez não-planejada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

No Brasil, cerca de 41% das mulheres entre 15 e 49 anos, em união estável, utilizam algum tipo de método contraceptivo.

**Tabela 6:** Tipo de método contraceptivo.

<b>Métodos</b>	<b>Idade</b>	<b>(%)</b>
<b>Pílula</b>	<b>15-49</b>	<b>15,7</b>
<b>Esterilização</b>	<b>15-49</b>	<b>20,1</b>
<b>Outros</b>	<b>15-49</b>	<b>5,2</b>

Fonte: BEMFAM, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996.

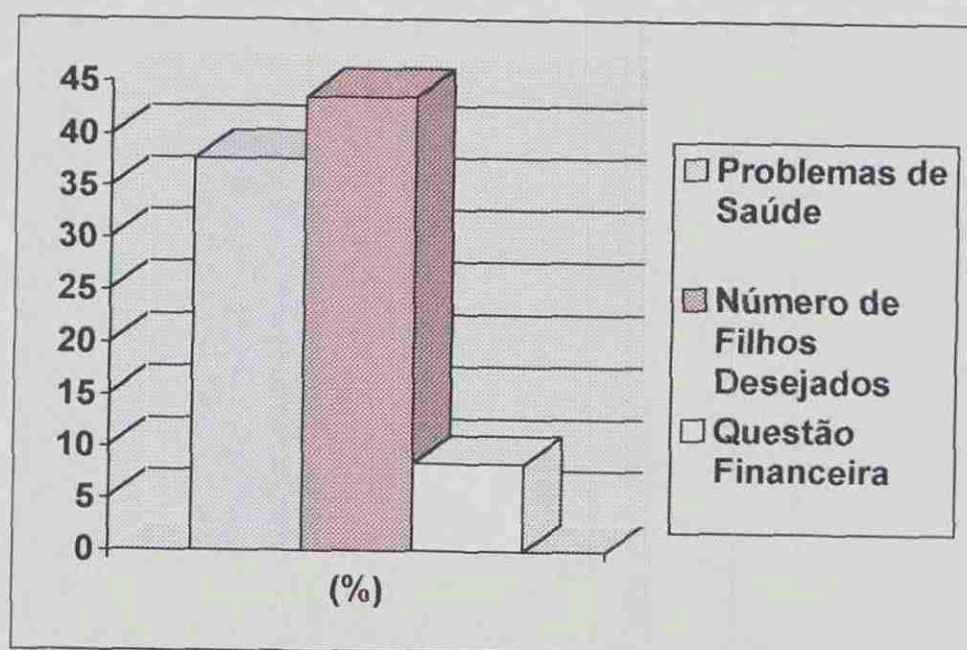


**Tabela 7:** Motivo do uso da esterilização como método anticoncepcional.

<b>Motivo da esterilização</b>	<b>(%)</b>
<b>Problemas de Saúde</b>	<b>37,6</b>
<b>Número de Filhos Desejados</b>	<b>43,5</b>
<b>Questão Financeira</b>	<b>8,4</b>

Fonte: BEMFAM, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996.

**Gráfico 5:** Justificativa do uso da esterilização como método anticoncepcional.



Fonte: BEMFAM, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996.

Este dado levantado pela BEMFAM, sobre a justificativa para a utilização da esterilização como método contraceptivo, não corresponde com a realidade vivenciada no HU. Serão apresentados a seguir alguns elementos que podem expressar um pouco o perfil dessa demanda no Serviço de Planejamento Familiar, que ao contrário do apresentado pela BEMFAM tem a sua justificativa para a realização da esterilização fundamentada em primeiro lugar na questão financeira.



## 2.2 PERFIL DA DEMANDA NO PLANEJAMENTO FAMILIAR DO HU

Segundo RIBEIRO, COSTA e BARROS (1994), o levantamento do perfil sócio-econômico do usuário do Sistema Único de Saúde é um dos passos preliminares e fundamentais para se orientar o processo de tomada de decisões setoriais e para se traçar às diretrizes da ação regulatória do Estado.

Conforme dito anteriormente foram realizadas apenas 21 entrevistas com usuários do serviço de Planejamento Familiar devido ao fato de que estas eram as pessoas classificadas como casos especiais - doenças congênitas, vírus HIV, gravidez de alto risco, etc -, normalmente os casos atendidos eram de mulheres com mais de três cesarianas sucessivas.

Considerando-se o perfil das pessoas entrevistadas, tivemos uma maioria de mulheres, uma delas veio acompanhada do marido, mas num total foram vinte mulheres e apenas um homem entrevistado – ele já havia participado de todo o processo institucional para a realização da vasectomia, mas quando o médico marcou a data da intervenção cirúrgica, ele desistiu e agora a mulher está grávida do terceiro filho.

As entrevistas nos revelaram que a maioria dos usuários deste serviço de saúde é do sexo feminino e possuem em média de 17 a 43 anos. Os homens normalmente participam da reunião de Planejamento Familiar porque é uma das exigências feitas no momento de marcar a reunião. No quadro abaixo, temos 20 mulheres interessadas em realizar a laqueadura e apenas um homem (35 anos) para a vasectomia.

**Quadro 1:** Pessoas interessadas em realizar a esterilização.

IDADE DA MULHER	IDADE DO HOMEM	IDADE DO 1º FILHO	IDADE DO 2º FILHO	Nº DE FILHOS	ABOR TO	CESARI A	GESTA ÇÕES
17 ANOS	27ANOS	1 ANO	10MESES*	3	-	-	2
21 ANOS	25ANOS	5 ANOS	1 ANO	2	-	-	2
23 ANOS	23ANOS	5 ANOS	2 MESES	2	-	2	2
24 ANOS	18ANOS	8 ANOS	5 ANOS	5	-	-	5
25 ANOS	25ANOS	8 ANOS	6 ANOS	5	-	-	5
25 ANOS	25ANOS	9 ANOS	2 ANOS	2	-	2	2
28 ANOS	27ANOS	9 ANOS	8 ANOS	4	1	3	5
28 ANOS	32ANOS	11 ANOS	5 ANOS	5	-	-	5
28 ANOS	24ANOS	10 ANOS	8 ANOS	3	-	3	3
30 ANOS	34 ANOS	16ANOS	12 ANOS	4	1	1	5
30 ANOS	33 ANOS	14ANOS	12 ANOS	6	2	-	10*
30 ANOS	30 ANOS	11ANOS	2 ANOS	3	-	1	3
31 ANOS	58 ANOS	11ANOS	3 ANOS	2	1	2	3
32 ANOS	35 ANOS	14ANOS	11 ANOS	4	2	1	6
33 ANOS	35 ANOS	15ANOS	14 ANOS	3	-	1	3
33 ANOS	34 ANOS	12ANOS	9 ANOS	4	-	-	4
36 ANOS	53 ANOS	20ANOS	3 ANOS	3	2	2	5
39 ANOS	34 ANOS	20ANOS	13 ANOS	4	2	-	6
40 ANOS	33 ANOS	21ANOS	13 ANOS	4	-	-	4
41 ANOS	42 ANOS	23ANOS	2 ANOS	2	-	2	2
43 ANOS	67 ANOS	24ANOS	19 ANOS	5	1	-	6

\* Dois filhos morreram logo após o nascimento.

Podemos observar nesses dados a questão da gravidez na adolescência, muita dessas mulheres que procuram o planejamento familiar para realizar a esterilização, tiveram seu primeiro filho ainda na adolescência, por esse motivo consideramos importante detalhar as idades dos primeiros filhos e o número de filhos dessas mulheres, uma vez que, também observamos que 95% dessas mulheres foram mães antes dos vinte anos.

Os números são realmente assustadores. São mais de 700 mil partos de adolescentes no Brasil por ano, e algo em torno de 500 mil abortos, todos clandestinos e ilegais. Com isso, podemos estimar que 1.100.000 adolescentes engravidam por ano no Brasil. Pensando relativamente, a expectativa é de que uma em cada 17 adolescentes engravide nos próximos meses. Quando uma jovem diz que engravidou "sem querer" normalmente ela está certa, não queria engravidar naquele momento. Pesquisas em países em desenvolvimento mostram que até 60% dos casos de gravidez em mulheres com menos de 20 anos, não são planejadas. Esse fenômeno pode ser resultado da iniciação precoce da atividade sexual, da falta de informação, da falta dos meios de contracepção e do excessivo apelo cultural ao desempenho sexual livre e incondicional. (BALLONE, 2002, p. 02).

Outro fator importante que permeia essa questão é o arrependimento entre as pessoas que se submetem à esterilização ainda jovens. No quadro apresentado aqui temos cerca de 28% das mulheres com menos de 28 anos, as quais segundo Vieira (1998), tem maiores chances de se arrepender. Em sua pesquisa realizada em São Paulo, estimou que 65% das mulheres esterilizadas antes dos 28 anos arrependeram-se.

Quanto ao número de filhos, mais de 50% tem mais de três filhos, sendo que 38% já sofreram pelo menos um aborto e 52% fizeram de uma até três cesarianas. Essas pessoas que buscam o Planejamento Familiar apresentam constituição familiar na modalidade de casados ou união estável, são residentes nos bairros pertencentes a Grande Florianópolis, com filhos na faixa etária que vai de recém nascidos até 24 anos.

Na questão do domicílio, verificou-se que parte considerável reside em casa própria - das 21 pessoas entrevistadas, 18 residem em casa própria, em sua maioria quitadas. Depois tivemos 2 pessoas em residência alugada e um das famílias mora em uma casa que lhes foi cedida por familiares.

Quanto ao abastecimento de água, esgoto e iluminação, tem-se o resultado concentrado na rede geral, apenas uma das entrevistadas não possui banheiro, água e iluminação.



A questão sócio-econômica da realidade pesquisada é ilustrada no quadro a seguir, quanto ao nível de escolaridade do casal e o rendimento mensal do núcleo familiar. Encontramos uma realidade de pessoas com pouca instrução ou nenhuma – apenas 14%, seis pessoas concluíram o segundo grau e 42%, cerca de dezoito pessoas são analfabetas ou estudaram até a quarta série do ensino fundamental. A renda familiar está situada na faixa de menos de um salário mínimo até seis salários mínimos, pelo menos 42% destes tem uma renda mensal que não ultrapassa os dois salários mínimos.

**Quadro 2:** Contempla a escolaridade e a função desempenhada por homens e mulheres, assim como a renda familiar dos mesmos.

HOMEM		MULHER		RENDA FAMILIAR
ESCOLARIDADE	TRABALHO	ESCOLARIDADE	TRABALHO	
2º Grau	Autônomo**	1º Grau	Do Lar	± R\$ 800,00
2º Grau	Vigilante	2º Grau Incomp.	Do Lar	± R\$ 327,00
Analfabeto	Pintor**	4º Série	Do Lar	Ñ SABIA
7º Série	Aux. Caminhão**	3º Série	Doméstica	± R\$ 400,00
2º Série Fund.	Presidiário**	Analfabeta	Pedinte	± R\$ 80,00
2º Grau Incomp.	Pizaiolo	1º Grau Incomp.	Do Lar	± R\$ 428,00
Semi-Analf.	Carpinteiro**	4º Série	Lavadeira	± R\$ 500,00
2º Série Fund.	Aux. Mudança**	7º Série	Do Lar	± R\$ 240,00
2º Grau	Tec.Eletrônica	2º Grau Incomp.	Do Lar	± R\$ 600,00
4º Série	Autônomo**	4º Série	Autônoma	± R\$ 900,00
1º Grau	Militar	1º Grau	Do Lar	R\$ 1.200,00
6º Série	Autônomo**	6º Série	Doméstica	± R\$ 430,00
4º Série	Motorista	4º Série	Diarista	R\$ 1.000,00
8º Série	Segurança**	4º Série	Do Lar	± R\$ 300,00
4º Série	Pescador	5º Série	Do Lar	± R\$ 220,00
8º Série	Mecânico	8º Série	Doméstica	± R\$ 900,00
2º Grau	Téc. De Gesso*	2º Grau	Aux.Farmácia	± R\$ 400,00
Semi-Analf.	Pedreiro**	2º Grau	Servente	± R\$ 450,00
8º Série	Presidiário**	4º Série	Doméstica	± R\$ 300,00
1º Grau	Servente**	1º Grau	Servente	± R\$ 700,00
Analfabeto	Aposentado	3º Série	Do Lar	± R\$ 300,00

\* Não contribuí com o orçamento doméstico.

\*\* Já teve carteira assinada.



Estes índices não conferem com a realidade levantada no último censo do IBGE, onde a população de Santa Catarina teria em média, no ano de 2000, uma renda mensal de mais de dois salários mínimos.

Quanto ao tipo de ocupação, as mulheres se encontram, em sua maioria, na classe das domésticas ou donas de casa. É preciso destacar que muitas dessas entrevistadas expuseram o interesse em desenvolver um trabalho remunerado para dar melhores condições de vida aos filhos, outra colocação feita por elas é a dificuldade de arrumar emprego e de convencer os companheiros da necessidade de colaborarem com a renda familiar.

Para exemplificar melhor essa questão da mulher, confrontamos a condição da mulher economicamente ativa em Florianópolis com a condição das mulheres de todo o país (censo IBGE, 2001) – no Brasil, cerca de 47% das mulheres que tiveram filhos nascidos vivos não são economicamente ativas e 53% desenvolvem algum tipo de atividade remunerada. Esses índices conferem com a pesquisa, onde 53% das mulheres, são economicamente ativas.

Os homens em sua maioria estão no setor informal, cerca de 52% desenvolvem algum trabalho autônomo, a maioria já foi empregado e teve carteira de trabalho assinada, mas hoje se obrigam a desenvolver trabalhos informais por conta do desemprego. Dois desses homens perderam o emprego em que trabalhavam há mais de dois anos, foram demitidos sem justa causa, não receberam indenização e nem o seguro desemprego.

Indagados sobre a questão do direito, os entrevistados mostraram-se resignados à situação que se encontram. A desigualdade social parece variar não só entre países, ou classes sociais, ela se apresenta aqui, variando de pessoa para pessoa. A perda do emprego é um grande problema, mas a pessoa tem sua situação complicada ainda mais, quando tem pouca instrução, é pobre e não conhece seus direitos.

A miséria e a pobreza são características presentes na vida de mais de 50% dessas pessoas que vem procurar o serviço de Planejamento Familiar do HU. Para acompanhar e

explicar as particularidades dessa questão social é que achamos interessante ressaltar alguns desses depoimentos.

Sou mãe de seis filhos - sofri dois abortos. Meu companheiro (33 anos), tem problema com a bebida: Ele é um bom homem, trabalhador, é um bom pai, até para os meus filhos, mas quando bebe(...) Não é sempre que ele bebe, mas depois que ele perdeu o emprego sem receber nenhum benefício, ficou muito revoltado.(...) Agora ele está trabalhando de ajudante de mudança com um salário de R\$60,00 reais por semana. (FABIANA, 30 anos).

**Quadro 3:** Renda Familiar e o número de filhos.

NOME	IDADE	Nº DE FILHOS	RENDA FAMILIAR
JOÃO	33	3	R\$ 1.200,00
LAIRI	32	4	R\$ 1.000,00
ANTONIA	33	4	R\$ 900,00
JULHA	31	2	R\$ 900,00
MARCELA	17	2	R\$ 800,00
REGINA	41	2	R\$ 700,00
EDUARDA	30	3	R\$ 600,00
LAURA	30	4	R\$ 500,00
MARINA	39	4	R\$ 450,00
LUIZA	28	4	R\$ 430,00
ELAINE	25	2	R\$ 428,00
JACI	24	5	R\$ 400,00
MANOELA	36	3	R\$ 400,00
SANDRA	21	2	R\$ 327,00
LÚCIA	40	4	R\$ 300,00
AUGUSTA	28	5	R\$ 300,00
NADIA	43	5	R\$ 300,00
NELCI	28	3	R\$ 220,00
FABIANA	30	6	R\$ 60,00 p/ Semana
VANDERLÉIA	25	5	R\$ 20,00 p/ Semana
SABRINA	23	2	NÃO SABE

O quadro anterior tem como objetivo exemplificar melhor as justificativas dadas para a realização da esterilização como método contraceptivo. As palavras de justificativa para a esterilização percorrem vários fatores, mas sempre acabam por estacionar no problema que aflige milhões de brasileiros - a pobreza.

No Brasil, os trabalhadores sem trabalho, somados aos que participam do chamado “mercado informal” de trabalho e que não estão assegurados pela previdência social totalizam a metade (em torno de 51 milhões de pessoas) da população ocupada. Os trabalhadores que não tem acesso a esses direitos devido a essa lógica perversa são os mais pobres, já que 79% dos trabalhadores não segurados (em torno de 25 milhões de pessoas) possuem renda inferior a dois salários mínimos mensais, e 79% dos trabalhadores que possuem uma carteira de trabalho assinada (em torno de 18 milhões de trabalhadores) recebem abaixo de cinco salários mínimos mensais. (AZEREDO apud FERREIRA, 1999: 69).

A precariedade com que as pessoas têm vivido o dia a dia influencia na decisão de realizar a laqueadura. A exclusão os torna vulneráveis dificultando o acesso à informação e ao uso de outros métodos para a contracepção.

A Vanderléia de 25 anos tem 4 filhos – tinha cinco filhos, o mais velho morreu há poucos meses, segundo a mãe ele tinha problemas de refluxo -, é analfabeta, o marido é presidiário e ela pede esmola nas ruas do Centro de Florianópolis para sustentar os filhos. Durante a entrevista, ela deu vários argumentos para justificar a realização da laqueadura:

Minha vida está tão pesada (tem os olhos duros e a fala está embargada), meu marido está preso mas sempre foi um bom pai, se preocupa com os filhos, quer que eu arrume uma creche para as crianças, para poder trabalhar.(...) Desde que a assistente social da maternidade me tirou a filha de 2 anos, decidi que não queria mais ter filhos, mas sabe como é, eu visito meu marido só de vez em quando, então engravidei novamente. (...) Eu tenho 4 filhos, uma mãe com derrame que cuida sozinha, acabo esquecendo até de comer, tomar o anticoncepcional que o médico me deu é uma dificuldade.(...) Então eu fui abordada no centro da cidade pela assistente social da prefeitura e ela disse que me traria no HU, para tentar uma laqueadura. Nossa fiquei tão feliz, já até contei para o meu marido. (...) Ele disse: - Isso, faça isso mulher, faça isso. (...) Não acredito muito nessas pessoas da prefeitura, já me prometeram que seu saísse das ruas arrumariam uma creche para os meus filhos e outras coisas mais.(...) Sabe que até hoje nem o esgoto que passa na frente da minha casa deram jeito. (Vanderléia, 25 anos).

Atualmente, a família nuclear, formada por pai, mãe e filhos, embora ainda seja o modelo hegemônico de família, divide espaço com novas formas de organização familiar, ou arranjos familiares, uma das entrevistadas tem seis filhos, mas mora com apenas dois deles,



esses dois que moram com ela, são os mais novos, um é filho do ex-companheiro e o outro do atual. Os dois filhos mais velhos moram cada um com uma a avó, e as outras duas meninas já estão a dois anos em um abrigo para crianças.

A Fabiana falou muito das filhas que estão na SERTE (Sociedade Espírita de Recuperação, Trabalho e Educação), diz que pretende recupera-las, mas todos dizem que ela não tem condições. No relato sobre o nascimento de seu último filho, ela contou que devido às condições precárias em que estava vivendo, não fez o pré-natal corretamente e quando entrou em trabalho de parto a demora para receber assistência fez com que ela tivesse o filho dentro do carro da polícia militar, o atendimento foi precário e a criança teve uma infecção, ficando alguns dias internada. Esta é a segunda vez que ela procura um serviço de planejamento familiar, na época em que as meninas foram para a SERTE, ela tentou entrar na fila para a laqueadura mas devido a demora acabou desistindo.

Quanto à religiosidade, consideramos importante este questionamento para tentar vislumbrar melhor os sentimentos e pressões que a religião pode ter no momento da decisão por um método contraceptivo. Prevaleceu entre os entrevistados a religião Católica em mais de 70%, depois tivemos cerca de 19% da religião evangélica e 4% de Cardecistas e de Mórmons. A religião tem muita influência sobre as pessoas e está ligada a um campo de valores e normas da sociedade, devendo ser apreciado e conhecido para que possamos vislumbrar qual o papel dessa religiosidade na práxis social.

A Igreja, condena como ofensa grave à dignidade humana e a justiça, as atividades de governos ou de autoridades públicas, em favor da contracepção e até da esterilização e do aborto provocado. Do mesmo modo, é de reprovar como gravemente injusto, o fato de nas relações internacionais, a ajuda econômica concedida para a promoção dos povos ser concedida a programas de contracepção, esterilização e aborto procurado. (JOÃO PAULO II apud COELHO, 2000: 42).

O cristianismo desde que se impôs como religião classifica tudo o que é carnal como pecaminoso e desprezível, inclusive o sexo. A Igreja teve sempre muita influência, nos tabus



criados em torno da virgindade e da impureza designada as mulheres - que numa sociedade patriarcal - passam a ser o símbolo da sexualidade.

Em todas as entrevistas realizadas, as mulheres mostraram-se bastante decididas quanto à opção pela laqueadura, sem nenhum tipo de preocupação religiosa, apenas um homem que acompanhava sua esposa na entrevista, expressou que tinha dúvidas sobre a posição adotada por eles frente à imposição da Igreja.

As mulheres durante muito tempo foram consideradas, pela Igreja, como impuras e, até mesmo, como encarnação do demônio, fazendo com que tudo o que se relacione a elas, esteja relacionado com pecado.(...) O matrimônio é reduzido a um mal necessário para assegurar a procriação e daí a desprezar, e depois a condenar, a sexualidade e tudo o que pode ser sua marca na própria expressão do corpo. (COELHO, 2000: 41).

Quanto aos métodos contraceptivos utilizados anteriormente todas as entrevistadas afirmaram já ter utilizado o anticoncepcional oral - 73% por receita médica e 27% por interesse próprio. Praticamente todas as mulheres fizeram algum tipo de reclamação desse método, dizendo causar enjôo, retenção de líquido, etc., e muitas já abandonaram o método.

O segundo método mais citado foi o preservativo masculino sendo que 14% das mulheres afirmaram fazer uso somente desse método. Enquanto que 57% já fizeram uso de vários métodos – anticoncepcional hormonal oral e injeção; tabelinha; DIU e preservativo masculino.

Existem várias justificativas para utilização de vários métodos, muitas mulheres afirmam ter dificuldades de adaptação com o método mais sugerido pelos médicos – anticoncepcional hormonal -, outras afirmam não ter se adaptado com nenhum método utilizado, mas o mais interessante é a justificativa para o não uso do preservativo masculino, uma vez que praticamente todas afirmaram considerar esse método o melhor para a garantia de sua saúde, mas a utilização do mesmo depende muito mais dos homens do que das mulheres.

Eu tomava o anticoncepcional, então, por causa de uma ferida no útero a médica do posto me mandou dar uma parada e meu deu alguns preservativos, quando ele me procurou de noite, eu expliquei para ele, então ele usou as primeiras vezes, depois ele já disse que eu estava querendo demais e que não iria mais usar preservativo nenhum. Sabe, não dá para conversar muito com ele, pois é ignorante, dizia que não queria usar, gritava no quarto que eu só podia estar pensando em trair ele,...) e eu não podia deixar meus filhos escutarem aquelas barbaridades. (...) Sempre foi assim, no começo do casamento eu fugia, corria dele mesmo, era nova, gostava dele, não sabia nada, aceitava. Depois com os filhos a mulher tem medo de ficar sozinha, mas agora eu tomei coragem não quero mais ele, ele vai ter que sair da minha casa, só come e dorme de graça, não me ajuda em nada, fica me hostilizando e além disso pensa que pode exigir que eu faça sexo com ele na hora que ele quer. (...) Foi assim que eu engravidei sempre, eu por mim nunca teria engravidado, odeio fazer sexo com meu marido, ele é estúpido, eu não gosto de sexo ele me pega a força e eu fico quieta. (LAIRI, 32 anos).

**Quadro 4:** Métodos contraceptivos que já foram utilizados pelas mulheres entrevistadas.

MÉTODO CONTRACEPTIVO	TOTAL ABSOLUTO	(%) DE USO
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL ORAL	21	100 %
PRESERVATIVO MASCULINO	11	52,4 %
DIU	6	28,6 %
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL INJETAVÉL	3	14,3 %
TABELINHA	1	4,7 %

Os dados constataam que a utilização dos métodos ainda está muito concentrada em uma decisão médica, sendo a pílula a mais utilizada e igualmente a mais rejeitada, todas as mulheres expressaram o desejo não usar mais esse método. Contrário a isso, temos o DIU, método que muitas mulheres afirmaram ter interesse de utilizar ou voltar a utilizar, mas muitas foram desencorajadas pelos médicos devido a problemas como sangramento, ferida no colo do útero, etc.

O quadro seguinte mostra a porcentagens em que os métodos contraceptivos falharam. A taxa é baseada no resultado do número de gravidez esperada por 100 mulheres durante 1 ano em que foi usado determinado método. Estas porcentagens variam a depender

de como e com qual frequência cada método foi seguido. O uso combinado de mais de um método pode diminuir as chances de que haja falha.

**Quadro 5:** Porcentagem de falha de alguns métodos contraceptivos.

O CONTROLE DA NATALIDADE	PRIMEIRO ANO DE USO
Método	(uso típico)
Espermicidas	21%
Abstinência periódica	20%
Coito interrompido	19%
As mulheres que deram a luz	36%
As mulheres que não deram a luz	18%
Preservativo Masculino	12%
Pílula	3%
DIU	
Progesterona T	2.0%
Cobre T 380A	0.8%
Esterilização feminina	0.4%
Esterilização masculina	0.15%

Hatcher, R.; Trussel, J.; Stewart, F.; Stewart, G.; Kowal, D.; Guest, F.; Cates, W., Jr.; Policar, M. [Anticoncepcional ] [Tecnologia]. (Nova Iorque: Irvington Publishers, Inc., 1994). Mesa 5-2. Desenvolvido por Phyllis G.Cooper, R.N., M.N., e Sistemas de Referências Clínicas. Adaptada com permissão. Copyright 1998 Sistemas de Referências Clínicas.

**Fonte:** TERRAVISTA, 1991.

Sobre os motivos para realizar a esterilização, conforme dito anteriormente, está em primeiro lugar a questão financeira – todos afirmam não ter condições de ter mais filhos –, posteriormente aparecem algumas observações como preocupação com o futuro dos filhos, a sobrecarga dos filhos sobre os pais, problemas de saúde e por fim, o interesse em ter uma vida sexual tranqüila, sem o risco de uma gravidez indesejada.

A Jaci de 24 anos é empregada doméstica e estudou até a 3º série primária, mora em casa própria e tem uma renda familiar de mais ou menos dois salários mínimos. É mãe de 5 filhos, sendo que três destes são do primeiro marido, quando perguntada sobre os motivos para a realização da laqueadura disse:



Meu marido não quer mais nem saber de ter mais filhos, ms se recusa a usar preservativo ou fazer a vasectomia, a assistente social da pediatria até tentou conversar com ele, mas ele se recusa a escutar. Eu precisei tomar uma decisão, pois nos não temos mais condições de sustentar nem os filhos que temos, imagina se vem outro. Meu ultimo filho, eu engravidei tomando a pílula para amamentação. Sou empregada doméstica, não tenho essas coisa de licença maternidade, tenho que trabalhar mesmo com barrigão, depois quando tive a criança, não conseguia amamentar toda hora, então aconteceu agora tenho dois bebês em casa, um de um ano e outro de 4 meses. (...) Não é nada fácil descobrir, aos 24 anos, que vai ser mãe pela quinta vez, sendo que você acabou de passar por isso e tem um filho que tem apenas 3 meses (...) Sabe, eu fui mãe pela primeira vez aos 16 anos, por mim teria ficado só naquele filho, mas essa é a vida de casado. (Jaci, 24 anos).

As explicações das mulheres, estão sempre fixadas numa impotência em decidir a própria vida, parece então a elas que a esterilização é a salvação para os males sofridos com a maternidade e a condição de mulher.

Na entrevista com um homem observamos outros pontos interessantes, João de 35 anos é militar e deseja realizar a vasectomia, veio fazer a entrevista acompanhado da mulher, essa com 33 anos é dona de casa, o casal tem 3 filhos:

Nós temos 3 filhos e já enfrentamos muitos problemas para encontrar um método contraceptivo, minha mulher não pode usar nenhum método, tem alergia ao látex, teve complicações em todas as gestações e na hora do parto. O médico nos alertou que devido à saúde frágil dela, nós não podemos nem pensar em ter mais filhos. Nós realmente não queremos, ter mais filhos e essa situação nos deixa muito ansiosos, pois temos medo que ela volte a engravidar, esse medo não existia antes da ultima gestação pois nossos dois primeiros filhos foram planejados (já são adolescentes, 15 e 14 anos) e até tivemos certa dificuldade para que ela engravidasse, mas inesperadamente estamos agora com uma criança de um ano e cinco meses em casa. Essa criança mudou tudo, acabou com a nossa vida sexual, desde que ela nasceu nós não tivemos mais relação sexual, minha mulher tenta me satisfazer de várias formas, mas nem o coito interrompido ela aceita, diz que fica muito nervosa, nervoso estou eu. Você não imagina como é difícil para um homem chegar aqui e falar essas coisas, mas isso só prova o quanto eu estou desesperado para resolver essa situação o mais rápido possível. (João, 35 anos).

Infelizmente, só foi possível entrevistar apenas um homem, mas com essa entrevista, tivemos a chance de observar que o homem só chamou para si a responsabilidade pela reprodução, quando está lhe parecia ser a última e única alternativa. Após a mulher ter tentado



todos os métodos, e não ter se adaptado a nenhum foi que ele procurou resolver a situação através da vasectomia.

As mulheres também chamam para elas a responsabilidade, quando muitas vezes afirmam que o companheiro não precisa participar da reunião de Planejamento Familiar uma vez que não serão eles que realizaram a esterilização, muitas consideram não ser importante a participação do homem nessa decisão.

### CAPITULO 3 - O PLANEJAMENTO FAMILIAR COMO POLÍTICA DE SAÚDE

#### 3.1 A LEI Nº 9263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996

O artigo 196 da Constituição Federal, promulgada em 1988, reconhece à saúde como direito universal, consequência de um determinado momento histórico da sociedade brasileira - período de abertura política e grande mobilização de vários movimentos que reivindicam os tão sonhados direitos sociais. A saúde está situada no campo das questões sociais e por intermédio da legislação constitucional consegue abarcar uma série de necessidades e valores sociais de sujeitos coletivos.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988).

A política social aparece no sistema capitalista a partir das mobilizações operárias sucedidas ao longo das primeiras revoluções industriais, compreendida como estratégia governamental de intervenção nas relações sociais, apresentada normalmente em forma de relações políticas e jurídicas.

A luta pelo direito a saúde no Brasil contou com a inspiração político-ideológica do movimento pela Reforma Sanitária brasileira, que se iniciou na década de 1970, o I simpósio Nacional de política de Saúde realizado em 1979, pela Comissão de saúde da Câmara dos Deputados é um grande marco desse período em que o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) apresentou a primeira proposta de reorientação do sistema de saúde - baseado em experiências de outros países e em diagnósticos nacionais-, com a universalização do direito à

saúde, a democratização geral da sociedade e a participação da população, um sistema de saúde nacional de natureza pública, descentralizado, integrando ações curativa e preventivas.

Dentro dessa concepção o Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), destaca a construção de um conceito de saúde como um direito de cidadania:

Saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultado das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, posse de terra e acesso a serviços de saúde. (BRASIL, 1996, p.121).

Com o agravamento da crise econômica e o aumento da pressão social, a superação do regime militar e o surgimento da Nova República, os espaços de discussão se ampliaram e em 1988 a Assembléia Nacional Constituinte aprova a nova Constituição. Inclui em um de seus capítulos a Seguridade Social, sendo esta um conjunto de ações de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, que teriam a elaboração e aprovação das suas correspondentes Leis Orgânicas.

A saúde então passa a ser financiada pela Seguridade Social, além de receber recursos dos Estados, Municípios e União.

Articulado a esse processo político mais amplo, a Lei 8080/90, que regulamenta os artigos 196 e 197, da Constituição Federal de 1988, referenda a descentralização político administrativa do SUS – Sistema Único de Saúde –, que se caracteriza pelo conjunto de ações e de serviços de saúde, prestados por órgão e instituições públicas federais, estaduais e municipais ou por entidades a ele vinculadas, preconiza em seu artigo terceiro:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990).

Em 12 de janeiro 1996 através da lei nº 9.263, o Planejamento Familiar se estabelece como uma Política de Saúde, ou seja, passa a fazer parte do segmento das políticas públicas, portanto, é interessante pontuar as ações governamentais.

A Política Social expressa e carrega encargos do Estado, materializados em serviços e em atividades de natureza pública e geral, encargos estes também voltados à reprodução da força de trabalho que o capitalismo não pode prescindir. Se assim é, no regime liberal-democrático a política social não deixa de germinar nos interesses e nos embates políticos, de nutrir-se deles. E, no caso, ela acaba por revestir-se de forma legal, prevalecendo em muitas ocasiões às injunções do mercado capitalista. (VIEIRA, 1992).

A conquista do direito ao planejamento familiar é estabelecida em diretrizes a serem obedecidas, e essas explicitam que não se deve vincular direito e acesso aos serviços de planejamento familiar às políticas de controle demográfico. Entre estas diretrizes figuram, claramente, a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico. (BRASIL, 1996).

Dessa maneira a possibilidade de decidir livremente a respeito de quantos filhos se quer ter, o espaçamento entre eles, ou mesmo que não se quer ter filhos é um direito fundamental assegurado à mulher, ao homem ou ao casal. Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, proibida qualquer forma obrigatória de planejamento familiar por parte das instituições oficiais ou privadas. Isto porque é proibida a utilização dos métodos de planejamento familiar para qualquer tipo de controle demográfico.



No entanto, apesar do consenso e dos avanços conquistados em torno desta questão, a situação da saúde reprodutiva brasileira ainda está longe de um quadro considerado como aceitável. No Brasil contemporâneo a taxa de mortalidade materna, ou seja, óbitos de mulheres em decorrência da gravidez, do parto ou do puerpério, transitam em torno de 150/100.000 nascidos vivos. Esta taxa é 25 vezes maior que a do Canadá, por exemplo.

O uso abusivo da cesariana, além de interferir nesta mortalidade feminina, está diretamente relacionado ao desregramento das altas incidências de esterilizações entre as mulheres. As altas taxas de cesariana que o Brasil exhibe estão entre as mais elevadas do mundo e trazem normalmente como consequência a esterilização feminina, pois a mulher a partir da terceira cesariana não deve se sujeitar a mais uma gestação devido à probabilidade de complicações.

A rigor, o conceito de planejamento familiar não se restringiria apenas aos aspectos procriativos, mas abrangeria o conjunto das necessidades e aspirações de uma família, incluindo moradia, alimentação, estudo, lazer, etc. Contudo, por força do hábito, o conceito de planejamento familiar está hoje circunscrito às questões da reprodução, quando não, apenas àquelas ações de controle da fecundidade, ou anticoncepção.

De acordo com Pena (1991) a tendência histórica que permitiu a manutenção dessa ideologia é consequência de duas posturas antagônicas que conviviam na sociedade e no governo brasileiro no que tange as políticas populacionais. A partir da década de setenta, embora o Brasil, não implementasse uma política oficial de contenção do crescimento demográfico, permitiu que instituições não governamentais aplicassem medidas de controle demográfico através de programas de planejamento familiar que distribuíam anticoncepcionais orais e praticavam a esterilização indiscriminadamente, transformando o País em um "Estado de Duas Caras", quando se analisa política populacional.

A queda da fecundidade se dá em todas as regiões do País (IBGE, 1991/1996), e, embora em diferentes proporções, atinge todas as camadas da população. Uma pesquisa realizada pela BEMFAM/DHS em 1996 confirmou que a taxa de fecundidade diminuiu cerca de 30% nos últimos dez anos, significando um filho a menos, em média, por mulher. Os dados do IBGE (1991) apontam que a queda da fecundidade, nos últimos vinte anos, se deve à difusão de alguns procedimentos, com destaque para o uso da pílula e da esterilização, particularmente a feminina.

Ao contrário dos países centrais, a transição demográfica brasileira não foi consequência da melhoria das condições de vida. Ocorre concomitantemente com o crescente empobrecimento da população. O modelo de desenvolvimento social e econômico aqui implementado privilegiou o capital estrangeiro, as importações e propiciou uma distribuição de renda altamente desigual.

No Brasil a queda acentuada da taxa de fecundidade, elemento fundamental para a configuração da transição demográfica aqui realizada, foi acompanhada de violento aumento de miséria social que contradiz profundamente as teses neo-malthusianas e a própria teoria da modernização. (ÁVILA, 1993:388).

É importante à reflexão sobre algumas dessas questões, quando se discute a emergência da efetiva implementação de uma Política Pública. Ainda hoje, apesar da legislação de planejamento familiar estar pronta, os interesses se confundem e as verdades são esquecidas, embora avançadas em seus princípios, conteúdos e diretrizes, as políticas públicas propostas pelo Executivo patinam no processo de sua implementação devido a aspectos da complexa conjuntura política, econômica, social e cultural brasileira, além disso tem também os impasses criados pela posição da igreja frente às questões de ordem sexual e reprodutiva.

A Lei nº9.263, de 12/01/96, que trata do Planejamento Familiar foi publicada no Diário Oficial da União em 20/08/1997, com a derrubada dos vetos do presidente Fernando

Henrique Cardoso aos artigos que regulamentam a esterilização. A derrubada dos vetos se deu em 13 de agosto de 1997.

Com a sanção da Lei, a rede pública deveria se preparar para seu cumprimento, as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, obrigam-se a garantir em toda a sua rede de serviços dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde, atividades básicas de assistência à concepção e contracepção; atendimento pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; controle das doenças sexualmente transmissíveis o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

No que concerne à regulamentação da assistência à saúde, o disposto na NOAS-SUS 01, tem o objetivo de definir prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantir o acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. Concomitante a isso, da conta das responsabilidades e ações estratégicas mínimas de Atenção Básica. (BRASIL, 2001).

Entre essas responsabilidades e ações estratégicas mínimas de Atenção Básica, entra o planejamento familiar dentro de um contexto da saúde da mulher, referindo como ações de planejamento familiar procedimentos de consulta médica e de enfermagem; fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais e por fim, a realização ou referência para exames laboratoriais. (BRASIL, 2001).

A menção da NOAS-SUS 01, tem o objetivo de fazer um paralelo entre os direitos garantidos nas legislações e as deliberações que regulamentam a assistência à saúde.

A assistência ao planejamento familiar é garantida a todos sem restrição, para homens e mulheres, tanto para quem quer ter filhos ou evitá-los, essa observação é feita para lembrar que não somente a esterilização como forma de contracepção é divulgada, como



também a assistência à infertilidade é esquecida, não vemos como uma ação de saúde pública a garantia do direito à concepção, mas ele existe.

Parece evidente que a Política de Planejamento Familiar deve ter um cunho informativo e educativo não para controlar o aumento da prole, mas para à necessidade da garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis, para respeitarem a saúde, prevenirem as doenças, e acima de tudo respeitarem o direito que está regulamentado na Constituição Federal.

O sistema de saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva. Artigo 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar. (BRASIL, 1996).

Segundo os princípios estabelecidos pela Lei 9263, as ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, sendo de competência da direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de funcionamento e mecanismos de fiscalização. É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizadas, fiscalizadas e controladas pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Artigo 9º - Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção. (BRASIL, 1996).



A Lei proíbe a indução ou incitação individual ou coletiva à prática da esterilização cirúrgica, vedando ainda, à exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para qualquer fim e ratifica a proibição da esterilização de mulheres durante o parto ou aborto, exceto em casos de comprovada necessidade - sucessivas cesarianas anteriores, por exemplo.

As cirurgias esterilizadoras são comuns na rotina de qualquer instituição de saúde, por esse motivo muitas vezes a legislação não é respeitada. Para a realização de uma esterilização a pessoa deve ter capacidade civil plena, ser maior de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos ter dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade - em documento escrito e firmado - e o ato cirúrgico. O desrespeito da legislação é crime e tem penalidades que variam de multa até detenção ou reclusão.

Artigo 16 - Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar. Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Artigo 17 - Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica. Pena - reclusão, de um a dois anos. Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei n. 2.889, de 1º de outubro de 1956. (BRASIL, 1996).

Um delito muito freqüente cometido não só por médicos como por instituições de saúde, é a elaboração de exigências próprias para a realização da cirurgia de esterilização. Ou seja, não são cumpridas as determinações da legislação, mas sim, as normas próprias estabelecidas pela instituição. Além disso, muitas vezes o especialista médico não concorda e também transgredir tanto a legislação de planejamento familiar quanto às normas da instituição estabelecendo critérios pessoais para a realização de uma laqueadura na hora do parto.

A pesquisa realizada pela Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) na Região Metropolitana de São Paulo revela que, apesar de existirem serviços de excelente qualidade técnica, ainda prevalece uma boa distância entre a lei que autoriza a rede pública de saúde:

Em outro serviço público, a pesquisa verificou que a esterilização só era autorizada para quem já tivesse cinco ou mais filhos. Outro ainda impunha como condição que o filho mais novo tivesse pelo menos 3 anos. Em três serviços de redes municipais, os responsáveis admitiram que as cirurgias de esterilização podiam depender de pedidos de vereadores locais. (CCR, 2000: 01).

A laqueadura na hora do parto é permitida e consta no § 2º do artigo décimo, em caso de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas, mas alguns médicos não consideram importante esse inciso ou a legislação de planejamento familiar, consideram mais importantes seus critérios e determinam a essas mulheres que entrem na fila para a realização da laqueadura. Prevalece ainda, na saúde, a cultura do saber médico, e essa estabelece uma boa distância entre o que a lei autoriza e o que o serviço da rede pública de saúde oferece, conforme indagação de Corrêa.

Sonia Corrêa, antropóloga, integrante do Conselho Diretor da Comissão de Cidadania e Reprodução, chama a atenção para a alta porcentagem (61%) de serviços que mantêm uma comissão médica à qual cabe decidir quem pode fazer a esterilização cirúrgica. É uma aberração, porque hoje a lei é muito clara em relação aos critérios de indicação, diz ela. Isso parece uma reminiscência da época em que não havia regulamentação e cada caso precisava ser avaliado individualmente, porque a esterilização era considerada ilegal. (CCR, 2000: 01).

É importante observar que o saber médico sem dúvidas deve ser respeitado, mas este não pode de forma alguma estar acima da lei, mesmo nas circunstâncias em que indicações médicas quanto à vigência de uma possível gravidez possam determinar repercussões que comprometam a vida da mulher, o profissional deve compreender que a legislação determina o direito a paternidade responsável e por isso, a mulher e/ou o casal devem ser esclarecidos sobre a irreversibilidade do método, os riscos operatórios e as possíveis consequências orgânicas e psicológicas decorrentes da esterilização.

### 3.2 A POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

O direito à saúde, que pertence ao grupo dos direitos sociais, foi reconhecido como direito universal na realidade brasileira através da Constituição Federal promulgada em 1988. Prover o conhecimento e o acesso a esses direitos é uma obrigação de todas as instâncias de governo (municipal, estadual e federal).

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, proibida qualquer forma obrigatória de planejamento familiar por parte das instituições oficiais ou privadas.

O Planejamento Familiar é uma Política de Atenção Básica de Saúde e deve necessariamente ser em especial formulada diretamente na comunidade, sendo, segundo a Norma Operacional Básica de 1996<sup>1</sup> - NOB 96, responsabilidade do Município custeada pelo Governo Federal (fundo-a-fundo). Por isso, a descentralização da saúde tem papel importante no momento em que pese, principalmente, os aspectos culturais, religiosos e políticos na implantação dessa Política de Saúde.

As ações custeadas pelo Piso de Atenção Básica – PAB<sup>2</sup>, incluem desde a NOB 96 as atividades de planejamento familiar; atividades educativas a grupos da comunidade; assistência pré-natal; atividades dos agentes comunitários de saúde; entre outras coisas. As ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com relação à Política de Planejamento Familiar, nos sugerem refletir sobre quais as políticas públicas que o município tem oferecido para a população a partir dessas prerrogativas do Ministério da Saúde.

<sup>1</sup> entende-se por NOB, o instrumento normativo de operacionalização dos preceitos da legislação que rege o SUS.

<sup>2</sup> PAB Fixo = n° de habitantes do Município (IBGE) X R\$ 10,00 (dez reais) = valor anual que o município recebe.



A descentralização do SUS tem o cunho de recriar a forma de fazer essas políticas, mas a crise da instituição Estado, deixa lacunas onde programas sociais com começo meio e fim são pensados no centro do país e são enviados para todas as comunidades. As comunidades e atores políticos que se somam pelo país a fora, impotentes diante das induções da integração global, executam os programas independentemente das dificuldades ou das necessidades de sua realidade.

Os princípios da Atenção Primária em Saúde tem hoje um novo ator social que é o agente de saúde, que tem como função estabelecer uma nova prática de saúde entre os serviços e a comunidade.

O Programa de Agentes Comunitários – PACS, foi criado oficialmente antes da legislação de planejamento familiar - no ano de 1991 - pelo Ministério da Saúde. Aos agentes é atribuída a responsabilidade de acompanhar cerca de 150 a 200 famílias, concentradas em uma área onde necessariamente precisa ter uma unidade básica de saúde, um profissional enfermeiro como supervisor, o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde para receber os recursos. (BRASIL, 1998).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), constitui etapa transitória para o Programa Saúde da Família - PSF. O PSF é um programa que vem sendo discutido e implantado no Brasil desde 1993. Tem como objetivo principal a assistência à população de forma ampliada, direta e integral, tendo a família como objeto e o domicílio como espaço de atuação, baseada num planejamento, execução, controle e avaliação da prática em saúde sob a responsabilidade dos diversos setores, serviços, lideranças e população em geral, coordenados pela equipe de saúde local. Objetiva, ainda, a reorientação do modelo assistencial em saúde a partir da atenção básica, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (BRASIL, 1998).



Os agentes comunitários de saúde acompanham mais de 85 milhões de pessoas, ou seja, a cada dois brasileiros, um recebe a visita periódica de um agente comunitário de saúde. Durante as visitas domiciliares os agentes comunitários de saúde acompanham as condições de saúde e de vida da população. Orientam sobre nutrição infantil, saneamento básico, assistência à gravidez e desenvolvem ações de prevenção a doenças como dengue, malária, hanseníase, tuberculose e diabetes, entre outras. Cada agente é responsável, em média, pela assistência de 575 pessoas. (BRASIL, 1998).

Algumas prerrogativas como o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle de doenças sexualmente transmissíveis – em especial a AIDS – e o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino são priorizados na Política de Planejamento Familiar como atividades básicas e dizem respeito a algumas ações pontuais do Ministério da Saúde, são os chamados marcadores de saúde e que fazem parte hoje do Programa de Saúde da Família.

O PSF e o PACS estão dispostos na NOB 96, como Programas que compõe o Piso de Atenção Básica Variável, pois são ações especiais no campo da atenção básica. São denominados de variáveis porque a inclusão desses recursos no repasse do Piso de Atenção Básica – PAB, depende da implantação de cada programa e de habilitação na NOB/SUS/01/96. O PSF e o PACS estão regulamentados na Portaria Ministerial nº 157 de 19/08/98 e nº 3122 de 07/98. (BRASIL, 1998)

O Programa Saúde da Família tem por objetivo, segundo a NOB 96, aproximar os serviços de saúde da população, priorizando a prevenção, sem prejudicar os serviços assistenciais. Para uma equipe composta por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, para atender entre 2.400 a 4.500 pessoas, o valor de incentivo é de R\$ 28.000,00 (vinte oito mil reais) por equipe/ano. Os agentes comunitários de saúde cadastram as famílias dos locais

atendidos pelo PSF, com base nos dados deste cadastramento, cada equipe de Saúde da Família faz o diagnóstico local sobre as condições sociais, demográficas e epidemiológicas.

A partir dos problemas de saúde mais comuns e situações de riscos identificados, é elaborado o planejamento da atuação da equipe, como ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças.

A proposta de ampliação da atenção básica trazida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01) busca definir melhor as responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver. São elas: ações de saúde da criança; ações de saúde da mulher; controle da tuberculose; eliminação da hanseníase; controle da hipertensão; controle da diabetes mellitus; ações de saúde bucal. É necessário que cada município tenha serviços de atenção de qualidade e resolutivos, possibilitando a organização e otimização dos serviços de referência. (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde tem focado suas ações única e simplesmente no Programa Saúde da Família e os agentes comunitários de saúde tem seu enfoque quase que essencialmente nos marcadores apontados pelo Ministério da Saúde, o que limita muito a atuação e exclui algumas ações preconizadas na Política de Planejamento Familiar.

As ações de saúde desenvolvidas a partir da legislação de planejamento familiar entrar em vigor, devem necessariamente estar de acordo com os direitos ali definidos. Conforme visto anteriormente as atividades de planejamento familiar estão definidas na NOB 96 e são financiadas pelo Piso de Atenção Básica, mas dependem dos Gestores e dos Conselhos Municipais de Saúde para serem colocadas em prática.

A municipalização dos serviços implica na possibilidade destes gerirem seu sistema de saúde de forma autônoma, com ações que promovam, previnam os problemas de saúde de seus habitantes.

### 3.3 A GESTÃO DA POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM FLORIANÓPOLIS

Os serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS), estão inseridos em duas linhas de atenção: a primeira é a assistência individual, que se manifesta pelo atendimento em unidades de saúde de sua rede básica, e geralmente está fundamentada nas consultas e/ou procedimentos de profissionais de saúde e auxiliares. A segunda forma é constituída pelo conjunto de ações voltadas à coletividade, que não estão necessariamente vinculadas às unidades de saúde e são representadas pelas vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e desenvolvidas também de forma integrada com a assistência individual, principalmente nos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (SMS DE FLORIANÓPOLIS, 2002).

A Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis encontra-se hoje em nível de Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – PABA –, onde a Secretaria detém o gerenciamento de 47 unidades de saúde classificadas como básicas, uma unidade considerada de segunda linha de atenção por se tratar de uma unidade mista - Policlínica II Estreito - e de centros de atenção específica, sendo um Núcleo de Atenção Psicossocial e um Laboratório de Análises Clínicas.

A “gestão plena” do sistema a partir das Secretarias Municipais é um advento do SUS - Sistema Único de Saúde -, o gerenciamento executivo dos serviços passou principalmente para os municípios, onde se materializam os problemas de saúde, tanto de ordem individual como coletiva. Segundo a Secretaria de Saúde, o Município através da Gestão PABA vem assumindo gradativamente a responsabilidade pela administração direta de 100% dos serviços públicos de saúde, incluindo a assistência hospitalar e a responsabilidade



pela Política de Planejamento Familiar que está definida como Política de Atenção Básica em sua legislação.

Seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, o município de Florianópolis desenvolveu o processo de territorialização como um dos instrumentos de mudança do modelo assistencial e de adequação do gerenciamento do sistema. Neste sentido a estrutura organizacional que atende ao Planejamento Familiar a partir da Lei nº 9.263 de 12 de janeiro 1996 deveria incorporar novos setores capazes de realizar o acompanhamento e controle desses serviços em todas as unidades locais de saúde.

Florianópolis está delineada geograficamente em 5 Regionais de Saúde – a região municipal de saúde possui características culturais e econômicas próprias, continuidade geográfica, perfil epidemiológico e ambiental definidos, e uma estrutura de serviços de saúde sob sua responsabilidade -, cada regional possui uma sede gerencial, e sua equipe é responsável pela vigilância à saúde e pelo acompanhamento do desempenho da rede de saúde.

As equipes regionais de saúde, foram implantadas em junho de 2002 e são compostas por 1 coordenador regional; 1 enfermeiro; 1 técnico de enfermagem e 1 auxiliar administrativo. Toda a rede e o nível central da Secretaria Municipal de Saúde estão gradativamente adotando um sistema de informações amplo, capaz de processar, analisar e interpretar dados de interesse nacional e municipal, definindo e atualizando periodicamente o diagnóstico de saúde e permitindo o acompanhamento e a avaliação sistemática do processo. Todo este complexo é interligado por rede informatizada. (SMS DE FLORIANÓPOLIS, 2002).

A partir de dados da própria Prefeitura, cerca de 70% da população aproximadamente, utiliza a rede básica, principalmente na área de atenção à mulher e à criança, o que significa que muitas mulheres procuram todos os dias os serviços de Planejamento Familiar em Florianópolis, mas uma imensa maioria não é atendida.



Uma das questões que se pode evidenciar é que apesar de existirem serviços de excelente qualidade técnica, ainda prevalece uma boa distância entre a lei que regulamenta o Planejamento Familiar e o atendimento oferecido na rede de atendimento.

Foi possível constatar através de entrevistas realizadas com as unidades de saúde locais que a maioria delas cumpre apenas uma parte das normas definidas pelo Ministério da Saúde, uma vez que a Prefeitura não disponibiliza orientações, aconselhamento e métodos à concepção e ou à contracepção em todas as unidades. Outra questão evidenciada é o despreparo de muitos dos atendentes em informar sobre os serviços disponíveis na rede de atendimento. (Quadro dos serviços disponíveis em anexo).

Os profissionais atendentes dos postos de saúde desconhecem a importância da Política de Planejamento Familiar e por isso o atendimento realizado por eles é tido como secundário, no momento de pensar a demanda atendida diariamente, o que enfatizamos aqui é o despreparo dos profissionais que recebem essa demanda que faz parte da Atenção primária em Saúde.

Quando falamos em laqueadura e vasectomia, a questão se complica ainda mais, os hospitais que oferecem laqueadura ou vasectomia no município, cumprem apenas uma parte das normas definidas pelo Ministério da Saúde para a esterilização. A maioria observa, por exemplo, os critérios de situação de ameaça à saúde, consentimento por escrito do cônjuge e conhecimento prévio de métodos anticoncepcionais reversíveis. Mas atuam em desacordo com a norma ao impor condições não previstas na lei, como autorização do cônjuge mesmo quando não se caracteriza uma união conjugal estável, ou a aplicação simultânea dos critérios de idade e presença de filhos - quando a lei prevê idade superior a 25 anos "ou, pelo menos, dois filhos vivos".

Essa é uma questão muito interessante, visto que, cada hospital tem seus próprios critérios estabelecidos para realizar a intervenção, e ainda, temos de analisar a questão

médica, pois muitos seguem outros valores quando o assunto é esterilização, e preferem tomar suas próprias decisões, a revelia do que ficou sancionado na lei.

A pesquisa realizada pela Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) na Região Metropolitana de São Paulo revelou também essa questão:

A pesquisa constatou freqüente objeção à idade estabelecida pela lei. O principal argumento invocado pelos profissionais de saúde é o risco de arrependimento por parte do homem ou da mulher, por se tratar de método irreversível. Uma médica responsável por planejamento familiar em um grande hospital disse que deliberadamente não cumpre a lei, por já ter testemunhado "inúmeros casos de arrependimento": "Existe uma grande procura pela laqueadura. As pessoas não estão bem informadas a respeito da lei, quando fala em 25 anos ou dois filhos. Exigimos os dois, pois é irreversível, e tem um problema social que é o arrependimento", diz ela. (CCR, 2000: 01).

Toda a mulher, homem ou casal que solicitar o planejamento familiar deverá receber atendimento uma vez que esta política faz parte da atenção primária de saúde, mas o que vemos é um atendimento precarizado onde o serviço é oferecido de forma inadequada, pois conforme dados obtidos da Secretaria Municipal de Saúde e da NOAS-SUS 01, "aconselhar e fornecer métodos à concepção ou à contracepção desejada é uma política de Atenção à saúde da mulher", e este serviço é realizado nas unidades de saúde por localidade.

A NOAS-SUS 01, em seu anexo 1 sobre as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de Atenção Básica, define dentro das ações de saúde da mulher o serviço de planejamento familiar, sendo que todas as ações ali definidas estão todas preconizadas como ações de planejamento familiar e deveriam estar dentro de um contexto em que contemplasse a Política de Planejamento Familiar.

**Quadro 6:** Ações de Saúde da Mulher

<b>Responsabilidades</b>	<b>Atividades</b>
Pré-natal	Diagnóstico de gravidez Cadastramento de gestantes no 1º trimestre Classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta Suplementação alimentar para gestantes com baixo peso Acompanhamento de Pré-natal de Baixo Risco Vacinação antitetânica Avaliação do puerpério Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina Alimentação e análise de sistemas de informação Atividades educativas para promoção da saúde
Prevenção de câncer de colo de útero	Rastreamento de câncer de colo de útero – Coleta de material para exames de citopatologia Realização ou referência para exame citopatológico Alimentação dos sistemas de informação
Planejamento Familiar	Consulta médica e de enfermagem Fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais Realização ou referência para exames laboratoriais.

Fonte: NOAS/SUS 01, 2001.

A legislação prevê que, os serviços de saúde ponham à disposição dos interessados todos os métodos anticoncepcionais reversíveis considerados seguros e posteriormente então poderia ser realizada a esterilização. No entanto nas entrevistas realizadas com as unidades de saúde constatou-se que, embora no quadro de serviços oferecidos pela secretaria de saúde existam outros métodos, a maioria dos atendentes encaminham os usuários para realizar uma consulta médica, “pois estes estão mais aptos para indicar um método mais adequado”. Outra questão interessante é que todos citaram a pílula e o preservativo masculino como opções mais oferecidas.

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, também define seu atendimento da mesma maneira em seu quadro de atendimentos. É possível observar como estão



estruturados estes serviços nas unidades locais de saúde. Segundo a Secretária Municipal de Saúde são agregados por grupo de atenção.

**Quadro 7:** Serviços prestados nas unidades da rede municipal de saúde.

GRUPO DE ATENÇÃO	PROGRAMAÇÃO	OBJETIVO DO SERVIÇO	TIPO DE ATIVIDADES	UNIDADES DE SAÚDE POR LOCALIDADE
Mulheres	Atenção à saúde da mulher	Aconselhar e fornecer métodos à concepção ou à contracepção desejada	- Orientação sobre os métodos contraceptivos disponíveis - Fornecimento de : contraceptivos orais (pílulas), preservativos (camisinha), diafragma, DIU (Dispositivo Intra-uterino)	Agronômica, Balneário, Cachoeira do Bom Jesus, Carianos, Centro, Costeira do Pirajubaé, Estreito, Saco Grande II.
			- Orientação sobre os métodos contraceptivos disponíveis - Fornecimento de : contraceptivos orais (pílulas), preservativos (camisinha), diafragma. <b>Não coloca DIU (Dispositivo Intra-uterino)</b>	Barra da Lagoa, Campeche, Capoeiras, Ingleses, Lagoa da Conceição, Monte Cristo, Monte Serrat, Morro da Caixa, Morro das Pedras, Rio Vermelho, Saco dos Limões, Santo Antônio de Lisboa, Tapera, Policlínica II.
		Prevenir o câncer cérvico-uterino	- Exame preventivo do câncer cérvico-uterino; - Exame preventivo do câncer de mama; - Orientações sobre o auto-exame preventivo do câncer de mama.	Abraão, Agronômica, Armação, Balneário, Campeche, Cachoeira do Bom Jesus, Canto da Lagoa, Capoeiras, Carianos, Centro, Córrego Grande, Costeira do Pirajubaé, Estreito, Ingleses, Itacorubi, Lagoa da Conceição, Morro das Pedras, Ribeirão da Ilha, Rio Tavares, Rio Vermelho, Saco dos Limões, Saco Grande II, Santo Antônio de Lisboa, Sapé, Tapera, Policlínica II, Ponta das Canas e Vila Aparecida.
		Prestar atendimento em ginecologia e obstetrícia	Consulta médica em ginecologia e gestantes de baixo-risco	Balneário, Cachoeira do Bom Jesus, Canto da Lagoa, Carianos, Centro, Costeira do Pirajubaé, Estreito, Saco Grande II, Saco dos Limões, Sapé, Tapera.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Agosto de 2002.



O quadro anterior apresenta todos os postos de saúde que realizam atendimento de planejamento familiar. O município conforme dito anteriormente possui 47 unidades básicas de saúde e somente 22 realizam orientação sobre os métodos contraceptivos disponíveis e o fornecimento de contraceptivos. Os exames preventivos do câncer cérvico-uterino, exame preventivo do câncer de mama e orientações sobre o auto-exame preventivo do câncer de mama são realizados em 28 unidades e os atendimentos em ginecologia e obstetria se realizam unicamente em 11 unidades.

Entre todas as unidades básicas de saúde, apenas 9 unidades realizam os exames preventivos do câncer cérvico-uterino e câncer de mama, a orientação e fornecimento de métodos contraceptivos, juntamente com o atendimento em ginecologia e obstetria. Em outras 18 unidades são feitos somente os exames preventivos do câncer e o aconselhamento e fornecimento de métodos contraceptivos.

Conforme dito anteriormente fica a cargo do SMS realizar a capacitação dos funcionários da saúde, o município de Florianópolis desenvolveu o processo de territorialização como um dos instrumentos de mudança do modelo assistencial e de adequação do gerenciamento do sistema. Neste sentido a estrutura organizacional deveria incorporar novos setores capazes de realizar o acompanhamento e controle de serviços próprios e contratados em todos os níveis de atenção.

Essa questão é abordada, para melhor caracterizar um dos problemas detectados durante a pesquisa, a grande procura por planejamento familiar está concentrada nos hospitais que oferecem a esterilização – hoje no município temos a Maternidade Carmela Dutra, o Hospital Florianópolis, e o Hospital Universitário -, as pessoas que geralmente chegam ao Serviço Social desses hospitais, não tiveram nenhum tipo de informação anterior sobre sua saúde reprodutiva ou sobre os métodos utilizados anteriormente.

Na instituição as pessoas precisam passar pelas orientações de planejamento familiar, pois a partir da legislação em seu artigo décimo, é condição necessária para que se realize a esterilização, o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Após receber estas informações, algumas pessoas descobrem métodos como o DIU, entre outros e passam por uma experiência de adaptação, já que a realização da esterilização feminina (laqueadura), exige a espera em uma lista por ordem de necessidade – devido a problemas de saúde -, e por ordem de inserção na lista. A espera pode chegar a mais de um ano.

Durante o período em que foi realizada a pesquisa as mulheres que participavam da reunião de planejamento familiar e tinham o interesse de colocar o DIU não podiam fazê-lo nos Postos de Saúde próximos a suas casas devido à falta do mesmo - pelo menos três meses do período da pesquisa, nos poucos postos de saúde que oferecem esse método. A demanda por DIU concentrou-se então no HU, um dos poucos locais da Grande Florianópolis onde ainda havia a possibilidade de optar pelo DIU.

Os serviços prestados nas unidades da rede municipal de saúde, agregados por grupo de atenção em agosto de 2002, classificam os Postos de Saúde aptos a fazer parte do programa de atenção à saúde da mulher com as atividades de orientação sobre os métodos contraceptivos disponíveis e o fornecimento de contraceptivos. Durante a pesquisa verificou-se que estas orientações não estão disponíveis em todos os Postos e são desempenhadas individualmente em alguns destes postos, pelo médico ou enfermeira, como é o caso do Saco dos Limões que tem o atendimento realizado pelas enfermeiras, mas o diafragma não está disponível nesta unidade.

Autorizar a rede pública de saúde, quando solicitada, a realizar cirurgias de esterilização, tanto em homens quanto em mulheres, e ter os serviços efetivamente oferecidos pelos hospitais públicos de Florianópolis é uma questão, legalizar o planejamento familiar como direito à informação, e educação em saúde reprodutiva em todas as unidades básicas de saúde, revelam outros obstáculos.

Existe claramente a necessidade da difusão mais ampla das normas legais, para que os critérios sejam os mesmos em toda a rede pública de saúde, em todo o município. Não se pode admitir que um município faça tamanho descaso de uma Política Pública ou que um hospital público, usando dinheiro público, imponha suas próprias regras para efetivação dessa política.

Os problemas vão desde a falta de material até problemas de cunho pessoal, em que por uma arraigada cultura de resistência à esterilização, entre médicos e outros profissionais de saúde, as informações não acontecem e a burocracia impede que decisões que poderiam ser tomadas durante a terceira cesárea – a partir da terceira cesariana a gravidez passa a ser de risco - de uma mulher que já está na lista de espera para laqueadura não aconteçam, e essa mulher saia do parto para a continuar na lista de espera para a laqueadura.

De uma maneira geral, a pesquisa detectou junto aos médicos entrevistados uma tendência a considerar a lei "muito permissiva", em contraste com o rigor que prevalecia anteriormente. Haveria um conflito entre o que o médico pensa e o que a lei define, além do que ele se ressentia da perda do poder de decisão sobre quem pode ou não ter acesso à esterilização cirúrgica. "Apesar de representar um grande avanço, desde que a lei entrou em vigor, pouco se alterou o quadro de acesso de mulheres e homens à laqueadura e à vasectomia", observa Jacqueline Pitanguy, socióloga, integrante do Conselho Diretor da Comissão de Cidadania e Reprodução. "A pesquisa sugere que a lei, como se costuma dizer, ainda não pegou. Para pegar, será necessária uma ação mais focalizada das autoridades de saúde para que as normas legais sejam conhecidas pelos usuários e obedecidas em todo o sistema público". (CCR, 2000: 02).

Então podemos afirmar que a não disponibilização de informação e de acesso à vasectomia nos postos de saúde - sendo este um procedimento simples e realizado em vários



consultórios particulares -, é de alguma forma uma transferência de responsabilidade unicamente para a mulher como se ela tivesse a obrigação de assumir sozinha a responsabilidade pela saúde reprodutiva familiar.

Os postos de saúde não estão preparados para receber essas mulheres que assumem hoje a responsabilidade por suas famílias. Muitos profissionais não conseguem perceber o quanto pode ser delicado para uma família, ou melhor uma mulher, procurar um profissional de saúde para discutir sua saúde reprodutiva.

Conforme já foi citado anteriormente são poucos os Postos de Saúde que fazem algum tipo de orientação de Planejamento Familiar, e quando o fazem se limitam a entregar preservativos ou agendar para que a pessoa consulte com um médico que provavelmente vai encaminhá-la para um Hospital, onde será agendada para uma entrevista com um assistente social, ou consultará com outro médico que então irá encaminhá-la para uma reunião de Planejamento Familiar, que ela deve marcar para os próximos meses.

O atendimento realizado nas unidades, quando não tem enfoque imediato – colocar DIU, distribuir preservativo, etc –, tem o enfoque da esterilização, pois os encaminhamentos deveriam ser feitos somente para quem busca ou a vasectomia ou a laqueadura tubária, mas as pessoas que buscam orientações sobre planejamento familiar normalmente são encaminhadas para os hospitais que realizam a esterilização, uma vez que as reuniões de planejamento familiar não acontecem normalmente nos postos de saúde.

A pessoa que passa por todas as etapas que existe no hospital para realizar a esterilização, somente para receber informações sobre como planejar melhor sua família, ou se dá por vencida no intercurso do processo, ou chega ao final decidida a não ter que passar por tudo isso de novo e aproveita que já sai da reunião com uma consulta marcada para retornar e colocar seu nome na lista de espera para a esterilização, pois ela já foi direcionada para essa decisão no momento em que recebeu os primeiros atendimentos no posto de saúde.



### 3.4 O ATENDIMENTO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR DO HU

A Instituição Hospital Polydoro Ernani de São Thiago, fundado no ano de 1980, é totalmente público e funciona como um órgão suplementar da UFSC, vinculado diretamente ao ministério da Educação (MEC). O Hospital-escola da Universidade Federal de Santa Catarina está situado no município de Florianópolis, onde os alunos da universidade realizam seus estágios sob supervisão de profissionais, a rotina de atendimento é diferenciada dos demais hospitais e é hoje

Cumprindo com o Art.196 da Constituição Federal de 05/10/1988, o Hospital Universitário tem como finalidade principal garantir que a saúde seja um direito de todos, com aceso universal e igualitário. Está subordinado ao SUS na parte assistencial.

No que tange ao ensino e pesquisa, existem algumas ressalvas, pois é dependente das diretrizes da UFSC, ditadas pelo MEC, assim sendo o financiamento é realizado através do Ministério da Saúde e do MEC, por meio do orçamento da Universidade.

A instituição tem tentado alcançar seus objetivos que são, entre outros, o ensino, pesquisa e extensão, os serviços de emergência, a internação, o atendimento ambulatorial e o atendimento médico-cirúrgico, a todas as pessoas que precisem dos serviços de saúde, além dos atendimentos básicos de saúde. O hospital através do Serviço Social tem também, buscado conhecer a realidade sócio-econômica e cultural das pessoas que são atendidas, refletindo com as mesmas sua situação de saúde, suas condições de vida e as transformações que podem ser realizadas em seu cotidiano.

O HU atende toda a população da grande Florianópolis além de outros municípios do estado que procuram esse hospital devido à falta de estrutura nos atendimentos a saúde em suas localidades, a rotina de atendimento é geralmente de pessoas de um nível sócio-econômico baixo.

A inclusão do Serviço Social nesta instituição aconteceu em 1980, procurando oferecer maior contribuições para o atendimento da demanda, visando compreender o homem em sua totalidade. A inserção decorre de duas ordens, uma interna, resultante da divisão do trabalho entre os integrantes da equipe multiprofissional, onde ocorre o Projeto de Atuação do Serviço Social junto ao Planejamento Familiar, e outra da demanda atendida especificamente no Serviço Social.

É fundamental a intervenção do Serviço Social, desde a entrada do paciente no HU, quer para tratamento ambulatorial ou internação, identificando aspectos a serem trabalhados e servindo de ponte entre os usuários e a instituição: mediando a cultura dominante, a do saber médico e a cultura popular, do senso comum vivenciada pelo usuário.(PLANO DE ATUAÇÃO SERVIÇO SOCIAL./HU, 2001: 3).

Atualmente, o Serviço Social do HU conta com oito assistentes sociais e uma secretária. Cada assistente social atua em uma área específica sendo que a profissional Maria das Graças Garcia é a responsável pelo Projeto de Atuação do Serviço Social junto ao Planejamento Familiar.

O ambulatório de toco-ginecologia no HU desde a sua abertura teve uma grande procura por esterilizações. Frente a essa demanda e para contemplar a publicação da lei nº 9263, organizou-se então o Serviço de Planejamento Familiar buscando contemplar todas as ações e prerrogativas necessárias para garantir os direitos reprodutivos legais a todas as pessoas que busquem assistência nesta instituição.

O Projeto de Planejamento Familiar realizado pelo Serviço Social juntamente com o ambulatório de toco-ginecologia tem uma perspectiva educativa, busca reivindicar juntamente com os usuários o direito reprodutivo e o direito de optar pelo número de filhos e o espaçamento entre eles, sem que "outros" imponham seus modelos de família.

O Serviço Social enquanto membro da equipe multidisciplinar trabalha com uma dimensão assistencial e educativa buscando incluir, assegurar e ampliar conceitos sociais. Neste contexto, em seu Plano de Atuação tem como funções principais a prestação de serviços

assistenciais concretos e a escuta qualificada, decodificando anseios e angústias da população atendida.

A busca pela implantação do serviço de Planejamento Familiar no HU, partiu de alguns profissionais que vivenciavam diretamente essa necessidade, mais especificamente a Enfermagem e o Serviço Social. No mês de março de 1997, começaram os grupos de orientação sobre Planejamento Familiar para os solicitantes de esterilização cirúrgica, e os encaminhamentos formais para a realização dessas esterilizações.

Com a regulamentação da prática de esterilização nos hospitais conveniados pelo SUS, a lei que regulamenta o Planejamento Familiar passou a ser discutida por uma equipe multidisciplinar nas reuniões da Comissão da Maternidade. A partir dessas discussões, que contaram com a participação de profissionais da Secretária de Saúde Estadual de Santa Catarina, do Movimento feminista e Sanitarista, se propôs a implantação de um Projeto de Planejamento Familiar no HU. (SCHUELTER, 1999: 48).

O atendimento é realizado prioritariamente a partir dos encaminhamentos médicos, e tem, também, aquelas pessoas que procuram diretamente o Planejamento Familiar. Nos dois casos as solicitações por esterilização deverão passar por uma reunião – deveria ocorrer quinzenalmente – onde receberão orientações sobre saúde reprodutiva e planejamento familiar e então serão encaminhados ou ao médico ginecologista da equipe de planejamento familiar – laqueadura - ou a pequena cirurgia – vasectomia.

Devido ao elevado número de pessoas que procuram o Planejamento Familiar do HU, o atendimento tem perdido a qualidade, as reuniões têm um número elevado de pessoas, a triagem tem dado preferência na lista de espera aos casos mais emergenciais – risco de vida, número mínimo de cesáreas, portadores de HIV, etc. – estabelecidos pela obstetrícia, mas infelizmente a lista de espera tem aumentado a cada dia enquanto que o atendimento vem se precarizando cada vez mais.



A pretensão dos profissionais em ampliar o atendimento, tornando-o mais sistemático, com reuniões para os funcionários e com desenvolvimento de outros temas para debate e discussão, foi esquecida devido ao reduzido número de funcionários capacitados para realizar ações nesse âmbito.

A outra questão é institucional, faltam profissionais, espaço físico, faltam leitos para a realização das cirurgias – a laqueadura requer internamento e equipe médica formada por dois cirurgiões e um anestesista, além de outros profissionais envolvidos no processo.

A procura por Planejamento Familiar no hospital tem aumentado diariamente, as pessoas buscam informações sobre sua saúde reprodutiva, sobre questões que envolvem a vida reprodutiva de toda a família, por isso entendemos que o trabalho que deveria estar sendo realizado nas comunidades está sendo transferidos para outras instâncias – hospitais -, que tem sim, a obrigação de realizar o atendimento de qualidade mas não tem dado conta de fazê-lo.

Foi possível identificar um distanciamento entre os interesses da população atendida no HU e a administração do hospital, uma vez que, as cirurgias de laqueadura deveriam ocorrer todas as sextas-feiras, em pelo menos três mulheres que já haviam passado por todo o processo institucional – consulta médica, reunião de planejamento familiar, preenchimento de documento afirmando estar ciente da decisão, consulta médica para entregar a documentação e confirmação de seu nome na lista de espera. Muitas sextas-feiras não aconteceram cirurgia alguma.

Sabe-se que muitas pessoas chegaram a esperar mais de um ano para realizar a cirurgia no período em que havia dois médicos no Planejamento Familiar.

No período em que a pesquisa se realizou, aconteceram muitas perdas no Projeto de Atuação do Serviço Social junto ao Planejamento Familiar, cirurgias foram adiadas por falta



de material, por falta de anestesista e por inúmeros motivos que fizeram a lista de espera crescer, sem perspectiva de prazos para a realização do procedimento.

Um dos médicos que atendia especificamente o planejamento familiar foi afastado pela instituição - somente do planejamento familiar -, então as cirurgias que dependem de dois cirurgiões para serem realizadas passaram a ser feitas apenas por um, e o número de três procedimentos cirúrgicos para laqueadura tubária caíram para apenas um.

Nos contatos realizados com os Centros de Saúde percebemos a desinformação e o descrédito que existe com relação ao planejamento familiar, muitos afirmavam, que já haviam encaminhado o nome da pessoa para a central de marcação de consulta a mais de um mês e a consulta ainda não havia sido realizada, outros nem sabiam de que forma deveriam encaminhar os homens interessados em realizar a vasectomia – no HU, o homem precisa ir até o guichê de marcação de consulta e marcar para a pequena cirurgia.

Devido à falta de informação desses profissionais, o atendimento já começa atrapalhado e segue confuso até o final, não existe uma organização com relação ao planejamento familiar, os profissionais dos Postos de saúde não recebem treinamento por isso não sabem exatamente como o processo deve ocorrer. Muitos dos atendimentos realizados na comunidade são encaminhados direto aos hospitais para que somente lá participem de reuniões com orientações e informações que poderiam ser feitas na própria comunidade.

Para que seja possível visualizar a demanda de atendimento do HU foram levantados os dados do Serviço de Planejamento Familiar que constam de documentos do hospital. Foram realizadas de setembro de 1998 até julho de 2002, um total de 248 laqueaduras, as vasectomias foram pesquisadas mas não foi possível identificar o número de intervenções já realizadas, uma vez que estes dados foram requisitados mas não foram disponibilizados pelo setor responsável por contabilizar esses números.

Os meses em que não foi realizada nenhuma cirurgia, não corresponde a falta de pessoas interessadas em fazê-lo, mas sim, a problemas na própria instituição<sup>3</sup>.

A equipe do Projeto de Planejamento Familiar enviou memorando solicitando resposta aos questionamentos que diziam respeito a essa queda no atendimento quando a demanda tem aumentado a cada dia e realizou reuniões com a administração da instituição, para tentar encontrar soluções possíveis para esse problema, nada ficou realmente decidido.

Foram realizadas de setembro de 1998, até julho de 2002 um total de 248 Laqueaduras.

**Quadro 8:** Laqueaduras realizadas no HU.

Mês	1998	1999	2000	2001	2002
Janeiro	-----	01	05	08	-----
Fevereiro	-----	04	04	05	-----
Março	-----	-----	06	06	03
Abril	-----	03	06	05	07
Maio	-----	08	06	-----	08
Junho	-----	07	08	04	09
Julho	-----	08	-----	08	04
Agosto	-----	09	06	12	02
Setembro	06	05	07	05	*
Outubro	09	-----	11	08	*
Novembro	-----	06	08	09	*
Dezembro	04	-----	07	05	*
Total anual	19	51	74	75	31

Fonte: Documentos do Projeto de Planejamento Familiar do HU.

\* Não foi possível levantar esses dados.

Podemos observar que estava ocorrendo um sensível aumento no atendimento no que se refere à laqueadura tubária, mas a partir do mês de julho de 2002, com a saída de um dos médicos do Projeto de Planejamento Familiar, o atendimento caiu pela metade no primeiro mês se comparado ao mesmo mês em 2001, e menos da metade se comparado ao mês

<sup>3</sup> Nos últimos meses de 2002, muitas cirurgias foram adiadas devido à falta de médico, material, leito, etc.

anterior. Entretanto, o que chama mais atenção é o mês de agosto, que diminuía para a metade se comparado ao mês anterior, e cai mais de 80% se comparado ao mesmo mês do ano 2001.

Devido ao elevado número de pessoas esperando pela laqueadura e vasectomia, as reuniões de orientação não se realizaram nos últimos meses do ano, pois as reuniões realizadas nos meses anteriores foram todas para mais de vinte cinco casais. A preocupação maior da equipe multidisciplinar é com as expectativas criadas nessas pessoas que deverão aguardar muito mais que um ano para realizar a cirurgia de laqueadura tubária, e no caso da vasectomia a espera pode ser de até seis meses.

A maior dificuldade encontrada na vasectomia realizada no HU, é que a idade mínima exigida para o homem realizar a esterilização é de 30 anos e dois filhos, quando a legislação de Planejamento Familiar sancionada pelo governo federal deixa claro que a idade mínima tanto para o homem quanto para a mulher é de vinte cinco anos ou dois filhos.

Essas tantas imposições e burocracias institucionais passam por cima da legislação e prejudicam a implementação da Política de Planejamento Familiar, enquanto as burocracias e a falta de estrutura institucional entravam o processo, a demanda aumenta. As mulheres que aguardam na fila para realizar a laqueadura são aquelas que já passaram por todo o processo institucional e esperam a data da intervenção cirúrgica, além dessas, temos também as que ainda não estão na lista, pois aguardam para participar da reunião de planejamento familiar, ou as que participaram da reunião e ainda não voltaram à consulta com o médico, ou além dessas, temos a demanda excluída, que procuram o Serviço Social para participar da reunião e as vagas estão encerradas para o ano de 2002, e essas precisaram voltar no outro ano para marcar uma data em que possam participar da reunião, que é uma das formas de garantir o direito a informação.



No mês de setembro do ano de 2002, 126 mulheres aguardavam para realizar a laqueadura, mas não era só por isso que esperavam, estavam lá a espera de uma oportunidade do sistema e da política de saúde. Se o atendimento no ano de 2003 voltar a ser como era em 2001, essas 126 mulheres serão atendidas até setembro de 2004, mas se continuar como no ano de 2002 a espera pode chegar ao ano de 2006 tranquilamente.

A relação da economia com as prioridades sociais na qual a saúde está inserida influencia e compromete a qualidade dos serviços de saúde. As implicações causadas pela falta de ações básicas de saúde remete a responsabilidade do município em promover a Política de Planejamento Familiar, e mais ainda, induz a refletir sobre a descentralização do Sistema Único de Saúde e o a prática do controle social.

Se um posto de saúde não oferecer métodos contraceptivos que garantam o planejamento familiar, a comunidade pode fazer um abaixo assinado e levá-lo ao Procurador da República para que este determine a abertura de um processo civil público para examinar a questão. Este pode ser um dos exemplos práticos dos ensinamentos dados durante o curso de formação de promotoras populares.

O primeiro inquérito do gênero foi instaurado em maio de 1993, por iniciativa do próprio procurador. A Procuradoria da República no Rio Grande do Sul está apurando o cumprimento do dever do Estado de assegurar os meios para a realização do planejamento familiar. (TERRAVISTA, 12 DEZ. 2002).

As deficiências apresentadas aqui dizem respeito, primeiramente a uma instituição que necessita de profissionais, material, entre outros recursos para receber com qualidade a demanda que lhe é confiada, o Planejamento Familiar funciona no HU como um apêndice, somente tem suportado todos os problemas e percalços existentes - falta de espaço para realizar as reuniões, cirurgias desmarcadas, etc. -, devido à vontade e persistência de alguns profissionais, que não se deixam vencer por estes problemas e seguem reivindicado melhor estrutura e maior responsabilidade de todos para com essa Política.



## CONCLUSÃO

O interesse pela Política de Planejamento Familiar surgiu da vivência no Hospital Universitário de Florianópolis e da constatação que as pessoas que procuram o Serviço de Planejamento Familiar do HU desconhecem informações básicas sobre saúde reprodutiva, concepção e contracepção.

Contemplando o objetivo de identificar a razão do desconhecimento da população nos aspectos relativos ao planejamento familiar descobrimos que a SMS não têm promovido ações de atendimento à saúde reprodutiva como está previsto na legislação pertinente.

Esse fato instigou a pesquisar como essa Política esta organizada no Município de Florianópolis, reconstruindo o caminho percorrido pelos usuários do Serviço de Planejamento Familiar da chegada no Posto de Saúde até o hospital, desvendamos os equívocos existentes na operacionalização da Política de Planejamento Familiar.

Hoje Florianópolis não consegue atender sua demanda de planejamento familiar, pois não está operacionalizada no município uma Política de Planejamento Familiar que contemple todas as ações e prerrogativas necessárias para garantir os direitos reprodutivos constitucionais ao maior número possível de mulheres e homens que buscam assistência.

Não foi possível abordar aqui, os outros municípios, por isso enfocamos somente o município de Florianópolis, que podemos dizer, camufla seu atendimento com ações imediatistas, sem perspectivas de melhora no atendimento e no cumprimento da Política de Planejamento Familiar.

É importante chamar atenção para esse ponto, pois hoje, como dito anteriormente, a atenção primária tem um aliado que são os agentes de saúde, que auxiliam no atendimento das famílias através do PSF (Programa de Saúde da Família), esses agentes juntamente com os

postos têm de ter claro o que é o planejamento familiar, como eles podem auxiliar no atendimento as famílias que buscam essa Política de Saúde.

O poder público só tem conhecimento das necessidades das famílias a partir da descentralização do atendimento a saúde - a descentralização depende dos profissionais atuantes para identificar as demandas excluídas, operacionalizando o serviço -, por isso é fundamental que essas políticas sejam realmente modeladas em ações concretas, através de programas e projetos que respeitem por inteiro a legislação e que atentem para os interesses da sociedade.

Podemos até dizer que este programa da SMS de atenção à saúde da mulher é excludente e burla a lei de planejamento familiar, que tem como prerrogativa o direito a informação e acesso aos métodos para homens, mulheres e casais. No que se refere à informação ela está voltada para atender somente a demanda feminina, quando pensamos no quadro dos serviços prestados nas unidades da rede municipal de saúde agregados por grupo de atenção, não encontramos uma extensão desse atendimento aos homens que buscam planejar suas famílias.

É importante para o planejamento familiar que o homem participe das reuniões e receba assistência especializada com acesso aos recursos que permitam a ele também optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos, o número, o espaçamento entre eles. A escolha do método anticoncepcional mais adequada é opção que devem ser discutidas pelo casal de forma livre e sem discriminação.

Muitas das unidades que deveriam estar aptas para fornecer as orientações sobre saúde reprodutiva e planejamento familiar, estão na verdade fazendo encaminhamentos para os hospitais que realizam a esterilização, havendo uma sobrecarga no atendimento hospitalar. Os encaminhamentos são feitos sem que sejam discutidos na comunidade os motivos que levam as famílias procurarem esse serviço.

Esta em pauta uma questão que a muito é imposta sem que seja aberto um espaço claro de informações sobre saúde e vida reprodutiva, uma tendência clara de mascarar um processo de dominação de classes contribuindo para os interesses do Capital.

A reprodução humana tem necessariamente que ser discutida sob a ótica iminente da ética para que o direito a informação seja respeitado, assim como o direito de acesso aos métodos e a decisão consciente.

A reprodução humana e a sexualidade trazem consigo muitos outros pontos para serem discutidos. Assim, para que não ficássemos simplesmente na questão da contracepção, abalizamos a pesquisa em dados referentes à mortalidade materna, aborto e gravidez na adolescência. E concluímos que com a devida atenção ao planejamento familiar – que tem um custo muito baixo, se pensarmos em seu caráter educativo - grande parte destes problemas poderiam ser evitados mediante a adoção de medidas relativamente simples, entre as quais a melhoria da qualidade de vida, a garantia de assistência e acesso à informação e aos serviços de saúde.

Essa interlocução entre informação e acesso aos métodos contraceptivos tem encontrado muitas barreiras para que seja realizado efetivamente. Garantir a informação correta a todos demanda um programa bem articulado com uma política de saúde eficiente.

A possibilidade de decidir livremente a respeito de quantos filhos se quer ter, o espaçamento entre eles, ou mesmo que não se quer ter filhos é um direito fundamental assegurado, mas para o exercício desse direito é fundamental o papel do Poder Público, informando, pesquisando e dando acesso aos métodos de controle e de promoção da fecundidade, para que todas as pessoas possam exercer o seu direito de livre escolha, informadas e conscientes.

É claro que a lei, expressão mais alta do direito, menciona a saúde como direito de todos e obrigação do Estado, e isso é indiscutível, mas o momento histórico da sociedade



brasileira reflete uma conjuntura mais ampla no binômio saúde e doença, envolvendo aspectos de cunho individual e subjetivo que necessariamente precisam ser considerados e articulados aos processos políticos.

No que se refere ao Planejamento Familiar, visando a melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população, a discussão precisa chegar no âmbito da sociedade, pois como vimos anteriormente à legislação não é de conhecimento de todos e os poucos que a conhecem tem algumas ressalvas sobre a mesma, então, a situação exige que os indivíduos se apropriem da defesa da saúde e dos direitos como algo inerente às suas vidas e não como questões remetidas somente ao Estado.

Consideramos isso muito importante para o desenvolvimento de programas de assistência integral à saúde que respeitem e incluam serviços de planejamento familiar em todos os municípios, pois os equívocos que vem ocorrendo nas políticas de saúde, dependem de medidas relativamente simples de promoção e recuperação da saúde garantida a todas as pessoas em todo o seu processo de vida.

A esterilização voluntária a partir da lei 9263, passa a ser admitida mediante o cumprimento dos critérios já detalhados anteriormente, mas a decisão de ter ou não filhos é uma opção individual e do casal. E essa expressão de liberdade sobre o próprio corpo precisa ser respeitada mediante a existência de condições dignas de vida.

A pobreza e a miséria, impõem condições a população que vão contra o exercício do direito, limitando o poder de decisão. Os direitos relativos ao planejamento familiar já estão definidos, mas tais direitos exigem interesse político e aparatos públicos, e estes dependem de uma correlação de forças sociais, entre Estado e sociedade, público e privado, em que o senso comum não pode prevalecer com a sua idéia distorcida de que o simples acesso a alguns métodos contraceptivos seja realmente a efetivação da política.

Em uma sociedade onde as pessoas são facilmente manipuladas é muito importante a informação e a educação para que as pessoas possam exercer o seu direito de livre escolha. A efetivação do direito a saúde em nossa sociedade marcada pelo assistencialismo, implica antes de tudo em uma alteração de comportamento social e da cultura política.

Voltamos então a questão da educação, e infelizmente parece que o embate popular maior gira sempre em torno da questão da informação e da educação, pois somente assim a população terá controle sobre a gestão do bem público de forma eficiente.

O enfrentamento da construção de uma política de saúde de referência local pautada na descentralização e regionalização, tende a garantir ao cidadão a participação mais ativa nos processos decisórios dentro do sistema, possibilitando ações programáticas que visem priorizar a realidade local.

As questões abordadas neste estudo têm a intenção de mostrar os motivos pelos quais a Política de Planejamento Familiar é uma política social inadiável no Brasil, pois o direito de conhecer a saúde reprodutiva, controlar ou promover a fecundidade não deve estar limitado aos casais que tem o privilégio da assistência médica privada ou a alguns poucos usuários atendidos pela rede pública.

Para que seja um direito de todos é preciso que o Estado promova ações de forma democrática e articulada com outras questões de saúde como o aborto, a gravidez na adolescência, a mortalidade materna, entre outras.

Planejar a família é construir o futuro, é fazer novos projetos para a sociedade em que queremos viver, é planejar o país que iremos entregar às próximas gerações, para isso é preciso educação, saúde e consciência política.

## REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ÁVILA, M. B. **Modernidade e cidadania reprodutiva**. Estudos Feministas, Vol. 1, Nº 2. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, 1993.

ALMEIDA, João Ferreira. **Livro de Gênesis**. In: Bíblia Sagrada. Stampley Publicações Ltda. São Paulo, 1979, pp. 03-60.

ANDRADE, L.O.M., BARRETO, I.C.H.C. E JUNIOR, T. M. **Por que a Estratégia Saúde da Família**. In: Revista Brasileira de Saúde da Família. Ministério da Saúde. Edição Especial, maio de 2002, pp. 75-80.

ARRUDA, José Maria. **Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento Familiar**. PNSMIPF – Brasil, 1986. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1987.

BALLONE G.J. **Gravidez na Adolescência**. In: PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet, 2002 - disponível em <<http://sites.uol.com.br/qballone/infantil/adolesc3.html>> Acesso em: 02 dez. 2002, 16:00 hs.

BARCHIFONTAINE, C. de Paul, PESSINI, Leocir. **Problemas Atuais de Bioética**. São Paulo: Loyola, 1991.

BARRETO, Maria O., SOUZA, Sonia M., GUIMARÃES, Alzira M. D. N. **Diagnóstico de saúde das mulheres em idade fértil de Sergipe**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 49, n. 1. jan./mar. 1996, p. 23-30.

BASSO, Stella Cerruti. **Salud y Sexualidade desde una Perspectiva de Genero**. In: Genero, Mujer y Salud em Las Americas. Organizacion Panamericana De La Salud. Publicación Científica nº 541. Washington, EUA, 1993, pp. 124-128.

BELOLLI, Cristiane Pereira. **Saúde da Mulher e Planejamento Familiar**: análise sobre o planejamento familiar e a assistência à contracepção e concepção a partir de usuárias de um programa institucional, Florianópolis, 1995. Originalmente apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso - Centro de Ciências Sociais. Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

BEMFAM. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.bemfam.org.br>> Acesso em: 22 nov. 2002, 18:30 hs.

BERQUÓ, E. S. **Sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo**. Campinas: NEPO/UNICAMP, 1986.

BERQUÓ, E. S. **Esterilização e raça em São Paulo**. Revista Brasileira de Estudos de População / ABEP, Vol., 11, Nº 1, jan/jun, São Paulo, 1994.



BRASIL. **Constituição Federal de 1934**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/servlets/njur.filtro.html>> Acesso em: 18 nov. 2002, 18:30 hs.

BRASIL. **Constituição Federal de 1946**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/servlets/njur.filtro.html>> Acesso em: 18 nov. 2002, 18:30 hs.

BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. Edição Administrativa atualizada em maio de 1999. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/servlets/njur.filtro.html>> Acesso em: 18 nov. 2002, 18:30 hs.

BRASIL. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: MS, 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 15 nov. 2002, 16:30 hs.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de dezembro de 1990**. Brasília: MS, 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 16 nov. 2002, 18:30 hs.

BRASIL. **Lei 9263 de 12 de janeiro de 1996**. Brasília: MS, 1998. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 03 nov. 2002, 14:30 hs.

BRASIL. **Norma Operacional de Assistência à Saúde**. Brasília: MS, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 22 nov. 2002, 17:00 hs.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS, 1997. Disponível em: <[www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)> Acesso em: 20 dez. 2002, 14:00 hs.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da Atenção Básica, 1998**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 18 nov. 2002, 18:30 hs.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde - relatório final**. In: MINAYO, M. C. S. (org.) A Saúde em estado de choque. Rio de Janeiro, FASE, 1996. p.117 - 128.

CANESQUI, Ana Maria. **Instituição de Saúde e o Planejamento Familiar**. Saúde em debate. 1982, pp. 35-42.

CARDOSO, Ruth. **Planejamento Familiar: Novos Tempos**. São Paulo: Novos Estudos, 1983.

CARNEIRO, Fernanda e WERNECH, Jurema. **Planejamento Familiar e Atraso**. In: Teoria e Debate 17, 1º trimestre de 1992, pp. 46-50.

CARTA DE OTTAWA. **I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Canadá, Ottawa, 1986. CONFERÊNCIA MUNDIAL DA MULHER. China. Beijing, 1995. Disponível em: <<http://www.terraviva.pt/enseada/1881/populacao.html>> Acesso em: 15 nov. 2002, 18:30 hs.

CCR- Comissão de Cidadania e Reprodução. **Norma da esterilização cirúrgica fica no papel. na Região Metropolitana de São Paulo.** São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.ccr.org.br/html/relatpesq>> Acesso em: 27 nov. 2002, 15:00 hs.

CFESS - Código de ética profissional do assistente social. Brasília, março, 1993.

COELHO, Elza Berger Salema; SOUZA, Maria de Lourdes. **A enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção.** Florianópolis, 2000. [210]f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Acervo: 161750.

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** Amélia Cohn, paulo Eduardo M. Elias – 3 ed. Revista e ampliada – São Paulo : Cortez : CEDEC, 1999.

COSTA, Ana Maria e GUIMARÃES, Maria do Carmo L. **Controle Social uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres.** Editora Hamburg, 2000.

CORRÊA, Sonia. PAISM: **Uma História Sem Fim.** Brasília: S.O.S CORPO. Fundação MCARTHUR, 1992.

COUTINHO, C. N. **Gramsci e as Ciências Sociais.** In: Marxismo e Política. A dualidade dos poderes e outros ensaios. São Paulo, Cortez, 1984.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE POPULAÇÃO. México, 1984. Disponível em: <<http://www.terraviva.pt/enseada/1881/populacao.html>> Acesso em: 15 nov. 2002, 17:00 hs.

IV CONFERÊNCIA MUNDIAL DA MULHER. China. Beijing, 1995. Disponível em: <<http://www.terraviva.pt/enseada/1881/populacao.html>> Acesso em: 15 nov. 2002, 18:00 hs.

I CONFERÊNCIA DE MULHERES DA CPLP SOBRE GÊNERO, CULTURA, ACESSO AO PODER, PARTICIPAÇÃO POLÍTICA E DESENVOLVIMENTO. Brasil. Salvador, 2000. Disponível em: < <http://www.terraviva.pt/enseada/1881/populacao.html> > Acesso em: 15 nov. 2002, 18:25 hs.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.terraviva.pt/enseada/1880/saude.html>> Acesso em: 15 nov. 2002, 18:00 hs.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/documentos/tratados/internacionais.html>> Acesso em: 15 nov. 2002, 18:30 hs.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social.** Coleção primeiros passos. São Paulo: Brasiliense, 1986, n.168.

FERREIRA, Ivanete Boschetti. **Assistência social: os limites à efetivação do direito.** Revista Katálisis. Departamento de Serviço Social. Editora da UFSC. Florianópolis, Volume 4, maio, 1999. p.65-74.

FONSECA, Adriana Dora. **Assistência de enfermagem a Mulheres internadas por complicações associadas ao aborto provocado**. Florianópolis: UFSC, 1996. Originalmente apresentada com dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

FONSECA, Sobrinho D. **Estado e População: uma história do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FUNAP, 1993.

HIMES, Norman E. **Medical history of contraception**. New York: Gamut, 1963.

IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1991.

IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

Indicadores Sociais Mínimos. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica.html>>  
Acesso em: 10 nov. 2002, 13:00 hs.

IANNI, Octavio. **Teorias da globalização**. 8 edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

LEI 8142 DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Brasília: MS, 1990. Disponível em:  
<<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 18 nov. 2002, 18:30 hs.

LEI 8080 DE 19 DE DEZEMBRO DE 1990. Brasília: MS, 1990. Disponível em:  
<<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 18 nov. 2002, 18:30 hs.

LIMA, Maria J. **Política de Planejamento Familiar – Característica do Processo decisório dessa política**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1982.

MARTINS, MARYSÉA B. **Direito à saúde e programas materno-infantis: uma análise nos países do Mercosul**. Florianópolis: UFSC, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>  
Acesso em: 20 nov. 2002, 15:30 hs.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva Coordenação de Saúde da Mulher, 1996. Disponível em:  
<<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 20 nov. 2002, 16:30 hs.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva Coordenação de Saúde da Mulher, 1998. Disponível em:  
<<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 21 nov. 2002, 16:30 hs.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva Coordenação de Saúde da Mulher, 2000. Disponível em:  
<<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 21 nov. 2002, 17:30 hs.



MIOTO, R. C. T. **Família e Serviço Social – contribuições para o debate**. Projeto de pesquisa, “Família: das Políticas Sociais à prática profissional”, que conta com o apoio da CNPq. Editora da UFSC. Florianópolis, 1998.

MINELLA, Luzinete Simões. **Aspectos Positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1): 69-79, 1998, pp. 69-78.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. 7º ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

MORAES, Ana Claudia. **O Perfil do Paciente Assistido na Unidade de Emergência do Hospital Universitário**. Trabalho de conclusão do Curso de Especialização Em Políticas Públicas da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Florianópolis, 2001.

NATIONAL SECURITY COUNCIL. Memorandum 200 - April 24, 1974. WASHINGTON, D.C. 20506. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/411996/capa.html>> Acesso em: 10 nov. 2002, 15:00 hs.

NETO, Eleutério Rodrigues. **A reforma Sanitária e Sistema Único de Saúde: suas origens suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. In: Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos técnico para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Em defesa da política**. Série livre Pensar. São Paulo. Editora SENAC, 2001.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Avaliação e monitoramento de Políticas e Programas Sociais – revendo conceitos básicos**. Revista Katálisis. Departamento de Serviço Social. Editora da UFSC. Florianópolis, Volume 5 N. 2, jul/dez. 2002. p.141-152.

NORMA OPERACIONAL BÁSICA 96. Brasília: MS, 1996. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 18 nov. 2002, 18:30 hs.

NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE/ NOAS. Brasília: MS, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 18 nov. 2002, 18:30 hs.

NORT, Egon. **Planejamento Familiar: soluções básicas**. Florianópolis: Ed. do autor, 2002. Novos Estudos, 1983.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 1ª Revisão**. CID-10, EDUSP, São Paulo, 1997.

PAIVA, Beatriz Augusto. **Assistência Social e Políticas Sociais no Brasil – Configuração histórica, contradições e perspectivas**. Revista Katálisis. Departamento de Serviço Social. Editora da UFSC. Florianópolis, Volume 4, maio, 1999. p.11-36.

PAPALEO, Celso Cezar. **Aborto e contracepção: atualidade e complexidade da questão**. Rio de Janeiro: Renovar, 1993. 497p Acervo: 178056.

PENA, M. V. J. **Política e população : dados sobre um estado de duas caras**. Physis / Revista de Saúde Coletiva, Vol. 1, Fascículo 1, 1991.

PEREIRA, MG. **Variáveis relativas às pessoas**. In: Pereira MG, Epidemiologia. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 1995 p.189-217.

PLANO DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL. Hospital Universitário de Santa Catarina, Novembro de 2001.

REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA CATARINA, datado em 24 de março de 1992.

RELATÓRIO KISSINGER. O "famoso" relatório NSSM200, mais conhecido por relatório Kissinger, de 1974, no qual pela primeira vez o crescimento populacional no terceiro mundo foi considerado como uma ameaça para a segurança e interesses econômicos dos EUA. 1991. Disponível em: <<http://www.africa2000.com/sndx/nssm200all.html>> Acesso em: 06 nov. 2002, 16:00 hs.

RIBEIRO, Maria Salete. **A questão da família na atualidade**. Florianópolis, SC: IOESC, 1999.

RIBEIRO, P.T., COSTA, N.R. e BARROS, M.E.D. **Política de saúde e prioridades temáticas – uma agenda de estudos**. In: I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde. Brasília, 1994.

RODRIGUES, Walter. **Planejamento Familiar no Brasil**. In: SALVATORI, C.A. Temas de Contracepção. São Paulo: Almed, 1979. p. 7-16.

RODRIGUES, Gilda d Castro. **Planejamento Familiar**. São Paulo: Ática, 1990.

ROSS, Paulo Ricardo. **Educação e trabalho: a Conquista da diversidade**. Curitiba: UFPR, Setor de Educação, 1996.

SANTOS, Maria Eurídice Padilha dos; REZENDE, Ana Lucia Magela de. **Educação em saúde: a construção de um processo sistematizado no programa de planejamento familiar, do município de Itajaí-SC**. Florianópolis, 1998. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998. Acervo: 142689.

**Secretaria da Saúde do Estado Santa Catarina**. Brasil, 2002. Disponível em: <[www.saude.sc.gov.br/](http://www.saude.sc.gov.br/)> Acesso em: 20 dez. 2002, 14:00 hs.

**Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**. Santa Catarina, Brasil, 2002. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>> Acesso em: 18 nov. 2002, 16:30 hs.

SCHUELTER, Luiselda. **O processo de implantação do projeto de planejamento familiar no hospital universitário de Florianópolis**. Florianópolis. UFSC, 1999. Originalmente

apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999. Acervo: 1214.

SOBRINHO, Délcio Fonseca. **Estado e População: uma história do Planejamento Familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, FNUAP, 1993.

SOUZA, Maria de Lourdes e Laurenti, Rui. **Mortalidade Materna: conceitos e aspectos estatísticos**. Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Série Divulgação, N. 3, São Paulo, 1987.

SZMRECSANYI, M. I. **Educação e Fecundidade: Ideologia, Teoria e Métodos Na Sociedade da Reprodução Humana**. In: Souza, Auta I. S. de. A contracepção: singularidade de uma política social. 1996. p.203 Tese (Doutorado em saúde pública) Escola de Saúde Pública/Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1996.

SZMRECSANYI, T. (Org.). **Thomas Robert Malthus**. São Paulo: Ática, 1982.

TERRAVISTA. **Planejamento Familiar Pós Aborto e Atenção à Saúde Reprodutiva**. São Paulo, 1991. Disponível em: <<http://www.terravista.pt/enseada/1881/populacao.html>> Acesso em: 12 dez. 2002, 12:00 hs.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Estado capitalista e Política Social**. Madellin: Editora Universal de Antioquia, 1987.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Descentralização dos Serviços de Saúde: dimensões analíticas**. In: Revista de Administração Pública. N. 2, Rio de Janeiro, fev./abr. 1990.

TERRA, Patrícia. **Esterilização uma arma política**. Cadernos do Terceiro Mundo. n. 141, p.10-17, 1991.

TOBAR, F. **O Conceito de Descentralização : usos e abusos**. Planejamento de Políticas Públicas, nº 5, julho/1991.

TRIVINOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1996.

VIEIRA, Evaldo Amaro. **Democracia e Política Social**. São Paulo: Editora Cortez, 1992.

VIEIRA, Evaldo Amaro. **O arrependimento após a esterilização feminina**. cad. Saúde Pública, 14(supl. 1). Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998.